

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE).

REVUE DE L'ORIENT

Soc. d'imp. PAUL DUPONT, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau.

For

Av

Le

Mo

Son

De  
J

Te

Pro

# ANNALES

DES MALADIES

## DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

**A. GUGUENHEIM,**

Médecin de l'hôpital Bichat.

Secrétaire de la rédaction : P. AYSAGUER.

**Avec la collaboration pour l'OTOLOGIE et la RHINOLOGIE de MM.**

COÏNE professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux,

BOUCHERON, CALMETTES, GELLÉ, HERMET,

LÉVI, LÆWENBERG, MÈNIÈRE, MIOT (de Paris), JOLY (de Lyon), VACHER (d'Orléans),

WOAKES (de Londres), POLITZER (Vienne), C. DELSTANCHE (de Bruxelles),

SAPOLINI (de Milan), LANGE (de Copenhague), BLAKE (de Boston).

**Pour la LARYNGOLOGIE et la RHINOLOGIE de MM.**

CADIER, CARTAZ, MARTEL, MOURA (de Paris),

GAREL (médecin des hôpitaux de Lyon),

MORELL-MACKENZIE (de Londres), CAPART (de Bruxelles), LABUS (de Milan),

SCHROTTER et SCHNITZLER (de Vienne), HOOPER (de Boston),

SOLIS-COHEN (de Philadelphie), KOCH (de Luxembourg et Nancy), HERING (Varsovie).

**Et avec le concours de MM.**

D<sup>r</sup> DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants, Professeur GRANCHER,

J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE, médecins des hôpitaux d'enfants de Paris,

Professeurs TRELAT, VERNEUIL, GOSSELIN, DUPLAY, des D<sup>rs</sup> TILLAUX,

TERRIER, BERGER, PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HORTELOUP, HUMBERT, RICHELOT,

RECLUS, chirurgiens des hôpitaux de Paris,

Professeurs FOURNIER, DAMASCHINO, PROUST. D<sup>rs</sup> C. PAUL, DUJARDIN-BEAUMETZ,

HALLOPEAU, HUCHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER,

BARTH, LETULLE et CHAUFFARD, médecins des hôpitaux de Paris

J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon, H. CHATELLIER,

LERMOYEZ, internes des hôpitaux de Paris.

---

TOME XI. — 1885

---

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Agents en Amérique : P. BLAKISTON, SON ET C<sup>ie</sup>

1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE

Annances : Lefort, 2, Cité Bergère.

---

1885

ANNALES

DE L'ORIENT, DE L'AFRIQUE

DE L'ASIE, DE L'AMERIQUE

ET DE LA POLEMIQUE

PAR M. L. DE LAUNAY

PAR M. L. DE LAUNAY

PAR M. L. DE LAUNAY

PAR M. L. DE LAUNAY

1817

1817

1817

1817

1817

1817

1817

1817



---

ANNALES  
DES MALADIES  
DE L'OREILLE, DU LARYNX  
(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)  
ET DES ORGANES CONNEXES

---

RHINOPLASTIE,

Par le Dr **POLAILLON**, chirurgien de la Pitié,  
membre de l'Académie de médecine.

Dans les cas où il s'agit de remédier à la perte complète d'une narine, je conseille de faire la restauration en deux opérations distinctes, séparées par plusieurs semaines l'une de l'autre, parce que la première opération donne rarement un résultat satisfaisant.

Soit une perte complète de l'aile du nez (*fig. 1*), la première opération consiste à aviver la surface *a* sur le côté correspondant du lobule du nez, à prendre sur la face latérale de cet organe un large bandeau *bcd*, dont le sommet remonte jusqu'au niveau du grand angle de l'œil, et à disséquer ce lambeau jusqu'à son pédicule *d g*. On fait ensuite glisser ce lambeau de haut en bas, de manière à suturer le point *b* en *b'*, (*fig. 2*) et le point *c* en *c'*. Entre ces deux points *b'* et *c'* on applique autant de points de suture qu'il est nécessaire pour bien fixer le lambeau au lobule et à la face dorsale du nez. Il reste alors, à la partie supérieure de cet organe, une assez large surface cruentée, dont on diminue l'étendue par deux

ou trois points de suture *f*. On abandonne ce qui reste *c* à la cicatrisation par granulation.



Fig. 1.



Fig. 2.

Ce procédé, qui est classique, ne donne pas toujours un bon résultat. L'aile du nez est tout d'abord très convenablement restaurée, mais ordinairement la rétraction cicatricielle produit plus tard une atrésie de la narine, qui nuit au fonctionnement, et à la régularité de la forme. Cet inconvénient était très prononcé chez le malade que j'ai présenté à la Société de chirurgie (Séance du 13 août 1884, p. 963 du *Bulletin*). Pour y remédier, j'ai imaginé de faire l'opération complémentaire suivante :

*Deuxième opération contre l'atrésie consécutive de la narine (fig. 3).* Elle consiste à reculer en arrière l'aile de la narine trop étroite, en la fixant sur la joue au niveau du pli naso-génien.

Pour cela je détache le bord postérieur de l'aile du nez, par une incision *m n o*, partant de l'orifice de la narine. A partir du point *o*, je trace une incision *o p*, circonscrivant un petit lambeau triangulaire *n o p*, que je dissèque jusqu'à sa base *n p* (fig. 3).

Ce petit lambeau triangulaire est incliné en avant, de manière à lui donner une direction horizontale *p' o'* (fig. 4) et à le suturer sur la paroi interne de la narine, dans le point même où l'incision de l'aile du nez a produit une surface saignante. Son revêtement épidermique bordera la partie la plus

reculée de l'orifice nasal, et par suite s'opposera efficacement au rétrécissement cicatriciel consécutif.

La mobilisation du lambeau *n o p* produit une surface d'avivement, sur laquelle je suture l'aile du nez *m n* préalablement détachée.

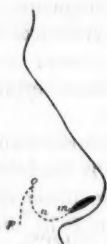


Fig. 3.



Fig. 4.

En définitive, l'aile du nez est fixée en *p' o'* (fig. 4). Non seulement elle est attirée en arrière par son adhérence au pli naso-génien, mais encore elle est bordée en partie par une surface épidermique *p' o'*. Grâce à ce procédé l'orifice de la narine conserve les dimensions que l'opérateur lui a données.

Chez le malade que j'ai présenté à la Société de chirurgie, cette seconde opération avait eu un résultat très heureux. L'aile du nez était complètement restaurée; en outre, la narine avait sensiblement la même forme et les mêmes dimensions que celle du côté sain.

#### PHARYNGITE SCROFULEUSE. — CLOISONNEMENT ET OBLITÉRATION ABSOLUE DE L'ORIFICE NASOPHARYNGIEN PAR DES BRIDES CICATRICELLES,

Par le Dr **CADIER**.

A mon cours de laryngologie, fait à l'école pratique de la Faculté de médecine en 1877 et 1878, ainsi que dans la première édition de mon *Manuel de laryngologie* publié en 1879,

je disais, en traitant de l'angine scrofuleuse : Lorsque, sous l'influence d'un traitement approprié, la marche progressive de l'angine scrofuleuse se trouve arrêtée, ce qui heureusement est la terminaison la plus ordinaire, on voit peu à peu les lésions si profondes de l'arrière-gorge se réparer, en laissant à leur suite des cicatrices d'une coloration nacréée, sans saillie au-dessus de la muqueuse, et présentant plutôt une légère dépression; ces cicatrices ont une forme étoilée que l'on peut considérer comme caractéristique. L'ensemble de ces caractères peut, dans certains cas, servir à formuler un diagnostic rétrospectif.

Plusieurs observations de ces cicatrices ont été publiées dans le mémoire lu par Isambert à la Société médicale des hôpitaux en 1871, ainsi que dans la thèse du Dr Feugère en 1871 et la thèse de Homolle en 1875, observation IV, signalant la présence d'une lame fibroïde, sillonnée de quelques brides, qui se porte directement en arrière des vestiges de la luette et va s'implanter en quelque façon sur le fond du pharynx; toute communication des arrière narines avec la gorge étant ainsi complètement oblitérée. Dans cette thèse très remarquable sur les scrofulides graves, Homolle nie la possibilité de pouvoir faire un diagnostic rétrospectif d'après l'examen des cicatrices.

Depuis cette époque j'ai eu l'occasion d'examiner un assez grand nombre de malades atteints de brides cicatricielles du pharynx, et j'ai acquis par ces exemples la conviction que l'on peut au contraire arriver dans le plus grand nombre des cas à faire le diagnostic différentiel, la scrofule laissant après son évolution des cicatrices d'une forme et d'un aspect assez caractérisé, pour donner à la gorge une physionomie toute spéciale.

Les observations de rétrécissements cicatriciels et d'oblitération incomplète de l'orifice naso-pharyngien, sans être très fréquentes, peuvent se rencontrer de temps en temps comme conséquence des brides cicatricielles de la scrofule ou de la syphilis. Mais les cas d'oblitération absolue de toute communication entre l'arrière-cavité des fosses nasales et le pharynx sont très rares; j'ai eu dernièrement l'occasion d'en

examiner un exemple très remarquable chez une malade de mon maître et ami, le Dr Millard, et c'est à l'occasion de ce cas tout à fait typique que je crois devoir publier quelques considérations sur les formes particulières des brides cicatricielles des scrofulides pharyngées.

*Oblitération absolue de l'orifice naso-pharyngien par des brides cicatricielles.*

(Malade examinée avec le Dr Millard.)

N..., Marie, 20 ans. Son père et sa mère sont bien portants. Jusqu'à l'âge de 4 ans elle n'avait eu aucune maladie. A 4 ans, elle a été prise d'une angine assez grave pour laquelle elle est entrée aux Enfants-Malades et y est restée pendant quatre mois; de là elle a été envoyée aux bains de mer où elle a passé plusieurs mois. A cette époque on a constaté qu'elle ne pouvait pas respirer par le nez et depuis lors elle n'a jamais pu faire passer d'air par le nez, même en faisant les plus grands efforts. A partir de son retour des bains de mer, elle a toujours joui d'une bonne santé, cependant elle a eu des glandes au cou pendant toute son enfance mais elle n'a pas de cicatrices. Elle est toujours bien réglée depuis l'âge de 16 ans.

Son appétit est excellent; elle n'éprouve aucune gêne pour la déglutition.

Le timbre de sa voix est assez bon et n'est pas nasonné. Le matin en se réveillant elle a la gorge sèche, mais ce symptôme disparaît dans la journée.

Lorsque l'on examine le fond de la gorge de cette malade, on constate la disparition du voile du palais et de la luette; à la place de ces organes on voit une dépression de forme ogivale à sommet correspondant à la base de la luette et à bords arrondis concaves et subdivisés en deux faisceaux latéraux dont l'un va en avant et l'autre en arrière des amygdales. Il semble que cette voûte ogivale soit supportée par quatre piliers. Le plancher de cette voûte paraît constitué par les vestiges du voile du palais, et les piliers postérieurs sont soudés sur toute leur longueur avec la face postérieure du pharynx. Les amygdales sont de petit volume et ne s'aperçoivent qu'à la partie inférieure du pilier.

Les piliers antérieurs ont l'aspect de deux arceaux bien réguliers et sont d'un blanc nacré, très apparents surtout lorsqu'ils

se tendent dans les efforts de déglutition. L'aspect de ces arceaux est tout à fait celui d'une lame de tissu fibreux placée au-dessous d'une membrane muqueuse qu'elle serait destinée à tendre.

La face postérieure du pharynx a un aspect chagriné, avec de petits tractus blanchâtres, les parties latérales sont inégales et bosselées, et à la partie moyenne et supérieure on voit comme un raphé médian vertical, naéré sur ses bords, et faisant une saillie assez considérable.

L'ensemble de la gorge présente une teinte pâle et anémiée, et l'on ne voit nulle part de coloration violacée et lie de vin ; dans certains points que nous avons décrits plus haut, la coloration naérée du tissu cicatriciel est très manifeste : ces tractus cicatriciels sont très peu saillants, et sur la face postérieure du pharynx ils forment plutôt une légère dépression.

La malade ne peut arriver, même avec les plus grands efforts, à faire passer l'air par le nez, et, en promenant un stylet dans les petites anfractuosités de ce plancher ogival, il n'est possible de le faire pénétrer en aucun point. L'obturation de l'orifice naso-pharyngien est donc absolue.

Par l'examen rhinoscopique antérieur, j'ai essayé de voir la face supérieure de ce plancher, mais le gonflement des cornets m'a empêché d'apercevoir la partie postérieure des fosses nasales.

En pratiquant avec un stylet le toucher des différentes parties de la gorge, j'ai constaté chez cette malade une tolérance très grande de tout le fond de la gorge. Un point cependant était beaucoup plus sensible, c'était le raphé médian que nous avons signalé à la partie supérieure. Lorsque l'on touchait ce point avec le stylet, on provoquait chez la malade une sensation nauséuse et des envies de vomir analogues à celles que provoque la titillation de la luette.

L'examen du larynx ne nous a fait constater aucune lésion, et le bord de l'épiglotte ne présente la trace d'aucune cicatrice ancienne, de même que les éminences aryténoïdes et les bandes ventriculaires. Les cordes vocales sont bien blanches, bien naérées et se tendent parfaitement.

Cette observation nous présente des particularités assez remarquables. Le petit bourgeonnement qui est signalé sur la partie médiane de la face postérieure du pharynx à la partie située autrefois en arrière de la luette a conservé, ainsi

que je l'ai constaté dans l'observation, une sensibilité toute spéciale; lorsqu'après avoir abaissé la langue on touche les différentes parties du fond du pharynx on ne détermine chez la malade qu'une sensibilité très obtuse; mais si l'on touche ce petit bourgeonnement on provoque immédiatement des nausées et des envies de vomir absolument semblables à celles que provoque chez les malades ordinaires la titillation de la luette: ce qui nous porte à penser que ce bourgeonnement est constitué par des vestiges de la luette qui ont été soudés à la face postérieure du pharynx. Le fait de la conservation d'une partie de la luette a une importance capitale au point de vue du diagnostic différentiel entre la scrofule et la syphilis, ainsi que la tuberculose miliaire.

Si nous étudions l'évolution des lésions scrofuleuses du pharynx, nous pouvons constater des ulcérations avec un bourgeonnement, des parties voisines qui se recouvrent elles-mêmes de petites exulcérations. Sous l'influence de ce bourgeonnement, les piliers postérieurs et les lambeaux du voile du palais et de la luette, en partie sectionnés par les ulcérations profondes, se trouvent accolés contre la paroi postérieure du pharynx qui est elle-même le siège d'un gonflement avec petites ulcérations. C'est en raison de cet accollement à la face postérieure du pharynx que nous pouvons expliquer ce cloisonnement qui se forme de proche en proche et arrive dans certains cas à oblitérer entièrement la communication entre les arrière-narines et le pharynx. Dans le plus grand nombre des cas, il reste à la partie médiane un orifice correspondant à la partie moyenne du voile du palais; mais lorsque les ulcérations de la base de la luette n'ont pas été assez profondes pour sectionner cet appendice, on voit rapidement survenir un boursoufflement considérable de la luette qui détermine son accollement à la face postérieure du pharynx, et nous présente plus tard un cloisonnement complet, ainsi que nous pouvons l'observer chez notre malade.

Dans les ulcérations syphilitiques du pharynx, nous pouvons au contraire constater une tendance destructive beaucoup plus prononcée et un bourgeonnement beaucoup moins considérable; ce qui rend plus difficile ce cloisonnement, et

ne pourrait pas surtout permettre l'accolement de la luette sur la face postérieure du pharynx.

Dans la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée, il y a également une tendance destructive beaucoup plus considérable, qui ne permet pas de cloisonnement consécutif, et du reste, la terminaison fatale, ordinairement rapide de l'affection ne laisse pas le malade arriver à la période de cicatrisation ; c'est dans ces cas, ainsi que je l'ai publié dans mon observation de tuberculose miliaire pharyngo-laryngée (*Annales de laryngologie*, 1883), et ainsi que le Dr Millard l'a constaté chez le malade qui a fait le sujet de sa présentation à la Société des hôpitaux en 1883, c'est chez ces malades, dis-je, que l'on peut constater au fond de la gorge ces vastes ulcérations, qui détruisent tout le voile du palais ainsi que les piliers antérieurs et postérieurs et les amygdales et détruisent même une partie de la paroi postérieure du pharynx, pour envahir ensuite rapidement l'épiglotte et les éminences aryénoïdes, qui ne tardent pas également à disparaître.

Ce bourgeonnement, tout spécial aux affections scrofuleuses de la gorge, sera donc pour nous un signe d'une valeur caractéristique toute particulière, car son influence se fera sentir même à la période cicatricielle ; car alors nous pourrions en constater les conséquences qui sont cette tendance toute spéciale au cloisonnement et à l'obturation plus ou moins complète de l'orifice naso-pharyngien.

L'examen des amygdales pourra également nous fournir un élément précieux de diagnostic différentiel ; la syphilis a en effet un siège de prédilection tout spécial sur les amygdales qui sont d'abord hypertrophiées, mais qui ne tardent pas à s'ulcérer et à se détruire en grande partie, de sorte que lorsque l'on examine le pharynx d'un syphilitique arrivé à la période de guérison et de tissu cicatriciel, les amygdales ont en grande partie disparu et sont recouvertes de brides cicatricielles, conséquences des anciennes ulcérations.

Dans l'observation de notre malade, les amygdales au contraire ont conservé leur volume normal, et ne présentent à leur surface aucune bride cicatricielle, ce qui indique qu'elles n'ont pas autrefois été le siège d'ulcérations profondes.



En examinant le larynx de notre malade nous ne constatons aucune lésion récente, et l'examen le plus attentif ne nous permet également d'apercevoir aucune trace de lésion ou de cicatrice ancienne ni sur l'épiglotte, ni sur les éminences aryténoïdes, ni sur les bandes ventriculaires, ni sur les cordes vocales et la commissure postérieure.

Cette absence de lésions laryngiennes est un signe très précieux de diagnostic différentiel avec la syphilis : ce signe, sur lequel les auteurs n'ont pas insisté, est pour moi d'une importance capitale ; car il est certain qu'une affection syphilitique du pharynx, assez intense pour déterminer les lésions que nous avons constatées chez notre malade, aurait étendu ses ravages sur l'épiglotte où nous constaterions les traces d'anciennes ulcérations, et même sur les bandes ventriculaires et les cordes vocales sur lesquelles nous pourrions constater la présence de végétations ou au moins de cicatrices des cordes vocales.

L'ensemble de ces différents symptômes nous a donc paru assez concluant pour pouvoir formuler chez cette malade un diagnostic rétrospectif, et c'est en nous appuyant sur les considérations formulées plus haut, que nous avons conclu avec le Dr Millard à un cas de pharyngite scrofuleuse ayant déterminé, par des brides cicatricielles, un cloisonnement et une oblitération absolue de l'orifice naso-pharyngien.

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES POLYPES FIBREUX DU SINUS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR,

Par le Dr **Paul Koch** (de Luxembourg).

Il s'agit d'une femme âgée de 21 ans ; d'une constitution robuste, elle n'a jamais été sérieusement malade.

Au printemps dernier, il y avait huit ans qu'à la suite d'une soi-disant fluxion, la malade avait gardé à l'intérieur de la bouche, à la mâchoire supérieure au-dessus de la dent canine gauche, un petit bourrelet qui parut implanté à la surface extérieure de l'os ; cette excroissance fut enlevée

à l'aide de ciseaux courbés à plat; ce fut deux ans après la première apparition du mal. Mais bientôt après la repululation recommençait et cette fois-ci la marche en était beaucoup plus rapide; la malade accusait un écoulement séreux de la narine gauche, le matin; il n'existait ni douleur profonde, ni épistaxis: ces dernières n'apparurent qu'au moment où la malade devint enceinte et durèrent tout le temps de la grossesse, pour disparaître après l'accouchement; ce dernier se fit d'une façon normale, l'enfant était sain.

Entre temps, la joue gauche était devenue tout à fait proéminente, la cloison nasale fut trouvée déviée vers le côté droit, la narine gauche était à peu près complètement obstruée; épiphora incomplet à gauche; œil gauche projeté très peu au dehors; on ne pouvait constater ni dyspnée, ni dépression de la voûte palatine.

L'examen rhinoscopique fit voir l'espace naso-pharyngien ainsi que les cornets inférieurs et moyens normaux. L'occlusion nasale à gauche provenait donc seulement de la partie antérieure de la narine gauche. La présence d'un polype fibreux, siégeant dans le sinus maxillaire gauche, en était donc la cause évidente.

La malade demandait l'opération radicale uniquement à cause de la défiguration; pour le médecin, l'extirpation totale était indiquée par l'état général très satisfaisant de la malade, par l'accroissement rapide et continu du néoplasme et surtout parce qu'un examen très minutieux n'avait pas fait présumer l'entrée du polype dans la cavité crânienne. En effet, si cette dernière éventualité avait pu être soupçonnée, les règles de la chirurgie auraient fait remettre l'extirpation jusqu'au moment où les fonctions de la respiration et de la déglutition auraient été entravées et n'auraient permis de ne faire alors que l'ablation partielle.

Cette règle, qui n'est du reste que l'application du principe hippocratique *primum non nocere*, a été très bien motivée dans un travail du Dr N.-A. Petit: *Sur les polypes naso-pharyngiens et leur propagation au cerveau*.

Étant décidé à faire la résection complète du maxillaire supérieur gauche, je divisai la peau selon la méthode con-

seillée dans le temps par Nélaton, c'est-à-dire suivant une ligne légèrement convexe en bas et en arrière, allant du milieu de la pommette jusqu'à un centimètre en dedans de la commissure des lèvres. Le lambeau supérieur étant disséqué et relevé, la section du nerf sous-orbitaire fut pratiquée. La paroi antérieure du sinus maxillaire étant mise, de cette façon, complètement à nu, on constatait que cette paroi avait à peine l'épaisseur d'une feuille de papier et qu'à sa partie inférieure elle était perforée par le néoplasme. Cette perforation répondait à cette petite tumeur aperceptible longtemps avant l'opération en dedans de la lèvre supérieure, tumeur qui avait été une fois extirpée déjà au moyen des ciseaux de Cooper. En face de ces circonstances, l'idée de la résection complète fut abandonnée; les apophyses frontale, zygomatique et palatine furent conservées intactes, et, seule, la paroi antérieure amincie fut réséquée en sa totalité, en ce sens que la perte de substance produite antérieurement par la tumeur buccale fut agrandie dans une étendue circulaire sur toute la surface faciale du maxillaire supérieur.

Comme cette paroi était adhérente à la tumeur, l'hémorragie en masse était très abondante et ne cessait qu'après l'énucléation complète du néoplasme, dont la grandeur était celle d'un gros œuf de poule. La paroi postérieure du sinus usée et adhérente aussi fut enlevée en même temps, de sorte que la majeure partie de la surface d'implantation de la tumeur fut extirpée; la partie restante de cette surface fut cautérisée énergiquement au thermocautère Paquelin et les lambeaux cutanés furent réunis par la suture entortillée.

Les produits de la suppuration intérieure s'évacuèrent très facilement par les deux ouvertures artificielles dans la bouche, et dans le pharynx. L'incision cutanée guérit sans suppuration aucune; cette première intention, ainsi que la possibilité d'avoir pu conserver les parties saillantes du maxillaire supérieur, ces deux facteurs favorables furent cause que le visage de la malade ne fut aucunement défiguré. Le nettoyage du sinus se fit très facilement et avec efficacité moyennant la douche nasale introduite par cette ouverture antérieure située au-dessus de la canine supérieure gauche.

Cette ouverture existe tout aussi béante encore aujourd'hui ; elle facilite au médecin le contrôle de l'éventualité d'une récurrence laquelle, jusqu'à ce jour (4 ans après l'opération), n'a pas eu lieu.

Nous avons donc sous les yeux un exemple à l'appui de l'opinion émise dernièrement par N.-A. Petit « que pendant leur accroissement, les polypes fibreux du crâne sont loin de suivre toujours les voies naturelles (sinus sphénoïdal, fissures sphénoïdales, fissures sphéno-maxillaires, ouverture nasale du sinus maxillaire), mais que dans la moitié des cas ils laissent ces dernières béantes en détruisant les parois osseuses qui leur forment obstacle ». De plus, notre malade corrobore l'observation faite par Nélaton déjà : qu'un polype fibreux visible dans le nez n'est jamais primitif, mais qu'il provient toujours d'une des cavités environnantes pour occuper le nez secondairement.

---

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES,

Par le Dr **PAUL KOCH.**

Une petite fille, âgée de 3 ans, est traitée depuis à peu près un an pour une rhinite purulente de la narine gauche. L'enfant est saine. La maladie est rebelle aux traitements ordinaires. L'examen rhinoscopique antérieur, l'exploration digitale de l'espace nasopharyngien, l'anamnèse ne fournissaient aucun point d'appui pour penser à la présence d'un corps étranger. Le gonflement de la muqueuse expliquait suffisamment l'empêchement peu prononcé qu'éprouvait l'air respiratoire en passant par la narine gauche. On appliqua enfin de fortes douches nasales à l'eau salée tiède, en faisant passer la dissolution saline de la narine saine à la narine gauche malade. Après l'emploi d'une dizaine de ces douches, lesquelles ne furent exécutées qu'avec beaucoup de peine, il sortit par la narine gauche un morceau d'écorce d'orange du poids de 23 centigrammes, figurant exactement un quadri-

latère dont les côtés mesuraient 6 millimètres et 18 millimètres. Dans les derniers six mois, l'enfant n'avait pas eu une orange entre les mains. Elle n'avait jamais eu d'indigestion après avoir mangé des oranges : elle n'avait pas avalé de travers en mangeant un de ces fruits ; de plus on ne constate pas de traces de paralysie du voile du palais : ainsi ces trois facteurs qui auraient pu faire penser à l'introduction de l'écorce d'orange dans le nez par l'espace naso-pharyngien faisaient défaut. Il faut donc admettre que l'enfant avait introduit elle-même le corps étranger dans sa narine gauche, comme du reste cela arrive en règle générale. Puisque les dimensions de ce corps étranger n'étaient pas également grandes, l'enfant ne tenait pas la bouche entr'ouverte, les douleurs névralgiques du nerf facial et du nez même faisaient défaut. Si, en général, les corps étrangers introduits de cette façon dans les fosses nasales des enfants restent à la partie inférieure du nez et si après un lavage préalable ils sont facilement diagnostiqués moyennant la rhinoscopie antérieure ainsi que par la sonde métallique, notre petite malade fait une exception à la règle. Quand le corps étranger est rond, il peut rester indéfiniment dans le nez sans provoquer aucun symptôme morbide ; mais s'il est anguleux et surtout s'il est de provenance organique comme dans notre cas, les angles, sans être très durs, produisent néanmoins une rhinite unilatérale avec écoulement plus ou moins fétide ; chez notre malade l'écoulement ne s'est montré que deux mois après la date probable de l'introduction du corps étranger dans le nez. Ainsi, quand un jeune enfant se présente avec un coryza chronique unilatéral, surtout quand ce coryza prend ou a pris les caractères d'un ozène unilatéral, quand même l'anamnèse et l'exploration nasale auraient fourni un résultat négatif, il faut admettre avant tout la possibilité de la présence d'un corps étranger et il faut soigner en conséquence. Mieux vaut donner de prime abord des douches nasales en introduisant le bout de l'appareil dans la narine saine ; le courant du liquide agira mécaniquement sur le corps étranger, si ce dernier existe ; des médicaments dissous dans l'eau agiront chimiquement en cas d'ozène, quand le corps étranger n'existera pas.

La douche, de cette façon, confirme la présence ou l'absence d'un corps étranger, et elle permet les médications plus énergiques.

## DE LA COCAÏNE DANS LES AFFECTIONS DU LARYNX ET SURTOUT DANS LA PHTISIE LARYNGÉE.

Observations recueillies à la clinique de l'hôpital Bichat,  
dans le service de M. le Dr **GOUGUENHEIM**,

Par M. **Cahn**, interne du service.

Ayant eu l'occasion d'employer plusieurs fois la cocaïne chez différents malades du service, nous avons consigné dans la note suivante les résultats obtenus par cette médication.

*Observation I.* — Boulais, 40 ans, phtisie laryngée. A l'examen du larynx on constate un gonflement énorme de la région aryénoïdienne. On voit à peine les cordes vocales inférieures. Dysphagie des plus douloureuses; les aliments solides ne peuvent passer, seuls les aliments liquides sont supportés, et avec beaucoup de gêne.

Deux pansements à la cocaïne (sol. 1/20<sup>e</sup>) améliorent instantanément la situation du malade, la douleur se calme, la dysphagie disparaît, et le malade peut se nourrir avec des aliments solides. Il se trouve beaucoup mieux et demande à manger. L'état local n'est pas modifié.

*Observation II.* — Tassel, 35 ans, garçon de salle, phtisie laryngée, cornage. A l'examen du larynx on constate que l'épiglotte et la région aryénoïdienne sont intactes. Sténose laryngée complète, cordes vocales rouges, ulcérées et rapprochées intimement l'une de l'autre; elles ne peuvent s'écarter que vers la partie postérieure. Dyspnée très violente, dysphagie des plus pénibles. Ces deux symptômes cèdent à des atouchements répétés de cocaïne.

*Observation III.* — Calame, 40 ans, phtisie laryngée. A l'examen du larynx on constate une tuméfaction considérable de l'épiglotte et des replis aryéno-épiglottiques. La dysphagie est très prononcée et constitue le symptôme dominant, la

galvano-caustique n'amène aucune amélioration; seule la cocaïne administrée à plusieurs reprises a eu raison de la dysphagie. Quatre pansements à la cocaïne; la déglutition se fait bien et l'épiglotte tout en étant tuméfiée est moins écarlate.

*Observation IV.* — Examen du larynx très difficile. Après quelques attouchements avec la cocaïne, cet examen devient possible et même facile. On constate une large surface ulcérée et très étendue sur la face antérieure de l'épiglotte; cette ulcération s'étend aussi sur la langue, et se prolonge jusque sur les replis aryéno-épiglottiques. Dysphagie intense; le malade ne peut presque rien avaler. Ce dernier symptôme domine la scène et inquiète beaucoup le malade. Après quelques séances de cocaïnisation, le malade se trouve beaucoup mieux, la dysphagie disparaît, l'appétit renaît et avec lui la gaieté. Le malade se croit guéri, et après chaque pansement il se trouve soulagé.

L'ulcération épiglottique paraît moins étendue, et grâce à l'amélioration obtenue par la cocaïne, on va le panser à l'iodoforme.

Diminution de la douleur et de la gêne de la déglutition, cessation de la dysphagie, voilà les deux grands résultats qui ressortent clairement de ce mode de pansement.

Grâce à la cocaïne, le malheureux phthisique pourra déglutir, et par conséquent s'alimenter, d'où une survie assez longue et exempte de souffrances trop vives.

Une autre action non moins remarquable de ce médicament est de faciliter les examens laryngoscopiques. Les larynx les plus rebelles cèdent comme par enchantement à un simple badigeonnage de la gorge avec une solution de cocaïne au 1/20<sup>e</sup>. Chez les femmes nerveuses, à voile du palais intolérant, il a suffi de badigeonner cet organe pour rendre l'examen des plus faciles et sans beaucoup de gêne pour le sujet.

Enfin, dans une de nos observations, les lésions laryngées ont paru amendées par ce mode de pansement.

La cocaïne employée déjà en ophtalmologie, en obstétrique, etc., constitue un des médicaments les plus précieux en laryngoscopie et est appelée à rendre les plus grands ser-

vices dans la laryngite tuberculeuse, affection si douloureuse et si rebelle jusqu'ici à toutes les médications.

---

## CLINIQUE OTOLOGIQUE DE L'INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS.

Service de M. le Dr **LADREIT DE LACHARRIÈRE.**

STATISTIQUE DE L'ANNÉE 1884.

Relevée par M. **Henri Martin**, chef de clinique.

La statistique dont je donne le relevé présente des lacunes qui me sont volontaires. J'ai négligé à dessein deux points importants : la durée du traitement et les résultats de la médication. Il m'eût été agréable d'indiquer les immenses bienfaits que les malades atteints de maladies de l'oreille trouvent à la clinique otologique, mais j'estime qu'une statistique n'a de valeur qu'à la condition d'être absolument complète; or les malades cessent souvent de venir quand ils se sentent guéris ou suffisamment soulagés, et ils ne prennent pas la peine de nous le faire savoir. Pour un certain nombre, nous n'avons connu que leur amélioration, sans avoir pu noter les résultats définitifs. Ces mêmes considérations s'appliquent à la durée du traitement. Une nouvelle organisation de fiches, que les malades sont tenus de rendre après la cessation du traitement, permettra de combler, à l'avenir, ces lacunes. Il nous eût aussi été facile d'indiquer l'activité de la clinique otologique en indiquant que plus de 8,000 consultations en pansements y ont été donnés, mais ces chiffres intéressent plus l'administration que la science elle-même. Je me suis donc borné à faire le relevé des malades nouveaux qui se sont fait inscrire dans le cours de l'année 1884; j'espère, néanmoins, que dans l'exposé rapide que je vais faire on trouvera des enseignements utiles.

Le nombre des malades traités a été de 2,152, que l'on peut répartir de la manière suivante :



A. — Affections de l'oreille externe.....	158
B. — Bouchons cérumineux. — Corps étrangers des conduits.....	312
C. — Affections du tympan.....	149
D. — — aiguës des caisses.....	119
E. — — chroniques.....	171
F. — Otorrhées. — Polypes.....	369
G. — Affections des chaînes.....	190
H. — — de la trompe d'Eustache.....	76
I. — — du rocher.....	18
J. — — du labyrinthe.....	58
K. — Cophoses.....	61
L. — Surdi-mutités.....	70
M. — Retards et vices du langage, idiotie. — Troubles nerveux.....	58
N. — Affections du nez, de la gorge.....	55
O. — — du cuir chevelu.....	90
P. — — diverses.....	41
Diagnosics non consignés sur le registre.....	157
TOTAL.....	2,152

Quelques réflexions sur chacune des maladies dont je viens de donner la liste :

#### A. — AFFECTIONS DE L'OREILLE EXTERNE.

158 cas ainsi répartis :

Otite externe catarrhale simple.....	90 cas.
Eczéma du pavillon et des conduits.....	31 —
Herpès vésiculaire.....	24 —
Otite furonculaire.....	6 —
Pityriasis.....	3 —
Abcès du conduit..	4 —
TOTAL.....	158 cas.

*Sexe.* — 75 hommes, 83 femmes.

*Age.* — La plus grande fréquence est de 41 à 50 ans

(37 cas). Au-dessus de cet âge, la maladie diminue rapidement (11 cas de 51 à 60; 9 seulement au-dessus de 60 ans).

<i>Saison.</i> —	Pendant le premier trimestre....	39 cas.
—	le deuxième —	41 —
—	le troisième —	48 —
—	le quatrième —	30 —

C'est une moyenne de 13 cas par mois. Cette moyenne est à peu près régulièrement atteinte, sauf pour juillet, qui présente le maximum (24 cas) et les derniers mois de l'année, qui sont, au contraire, un peu au-dessous.

*Traitement.* — (*Traitement général.*) Bains sulfureux, arsenicaux, sirop antiscorbutique. Dans presque tous les cas, un purgatif salin, etc. — (*Traitement local.*) Mouches de Milan derrière l'oreille. Injections tièdes avec la décoction de têtes de pavot additionnée d'une petite quantité de borax.

Dans l'eczéma, attouchements de la partie malade avec un pinceau imbibé d'une solution de bi-chlorure de mercure. Si les douleurs sont intenses, application dans le conduit d'un peu de charpie imbibée d'un mélange d'huile de jusquiame et de chlorhydrate de morphine.

## B. — BOUCHONS CÉRUMINEUX.

### (*Corps étrangers.*)

312 malades n'avaient d'autre cause de surdité que la présence, dans une ou les deux oreilles, d'un bouchon cérumineux. Dans d'autres cas, même nombreux, il s'agissait d'un bouchon épidermique, et, dix fois au plus, surtout chez les enfants, d'un corps étranger tel que : caillou, perle, haricot, etc.

A ces 312 malades, il convient d'en ajouter 82 autres chez lesquels le bouchon cérumineux accompagnait une autre affection de l'oreille. Ces deux catégories donnent un total de 394 cas, se répartissant comme il suit :

Bouchons doubles.....	140 cas.
— du conduit droit....	131 —
— du conduit gauche..	123 —
TOTAL.....	394 cas.

*Age.* — C'est de 21 à 30 ans que se trouve le chiffre le plus élevé (72). A partir de 40 ans, il diminue singulièrement.

Dans la plupart des cas, les malades sont déjà porteurs de leurs bouchons depuis plusieurs mois, quelquefois même depuis plusieurs années, lorsqu'ils arrivent à la clinique. Dans bien des cas, ils accusent une surdité survenue, non pas progressivement, comme on pourrait s'y attendre, mais brusquement; et, en général, le matin en faisant leur toilette.

Tous les corps étrangers ont été enlevés à l'aide d'une injection d'eau tiède. Ce mode d'ablation n'a provoqué d'autre accident que quelques étourdissements passagers chez un petit nombre de malades.

#### C. — AFFECTIONS DU TYMPAN.

Les affections de la membrane du tympan (*sclérose, épaissement, déformations, adhérences, relâchement, plaques calcaires, etc.*) ont été notées 149 fois.

*Sexe.* — 89 hommes, 60 femmes.

*Age.* — C'est de 11 à 30 ans, puis de 51 à 60 ans, que la maladie a été le plus souvent rencontrée (30 cas de 11 à 20 ans, 30 de 20 à 30 ans, 28 de 51 à 60 ans). Au-dessus de 60 ans, 9 cas seulement.

Les affections des tympans, surtout les affections chroniques que nous avons spécialement en vue ici, tirent habituellement leur origine d'une inflammation antérieure de l'oreille (otite aiguë, myringite) ou d'une otorrhée qui a perforé ou détruit la membrane.

Les causes de ces affections sont donc celles des maladies qui leur ont donné naissance. C'est ainsi qu'un certain

nombre de malades, interrogés au point de vue de l'origine de leur mal, ont indiqué les maladies suivantes :

Fièvre typhoïde (5 fois); — diphthérie (1 fois); — oreillons, méningite, fièvres intermittentes, rhumatismes, syphilis (1 fois); otite catarrhale (9 fois); otorrhée (23 fois).

#### D. — AFFECTIONS AIGUES DES CAISSES.

##### (*Otites moyennes.*)

*Sexe.* — 119 cas, dont 77 hommes et 42 femmes.

*Age.* — Jusqu'à 60 ans, tous les âges sont à peu près également frappés. La maladie, un peu plus fréquente de 21 à 30 ans, décroît brusquement à partir de 60 ans (8 cas seulement).

*Saison.* — Les deux premiers trimestres sont les plus chargés (32 et 34 cas); 26 et 27 dans les deux derniers.

En dehors des causes ordinaires générales de l'otite moyenne aiguë, nous notons :

Fièvre typhoïde, rougeole, varioloïde, pneumonie (1 cas), bronchite, rhumatisme (2 cas), herpès, eczéma, plus un certain nombre de refroidissements, courants d'air, rhumes, coryzas, névralgies. Plusieurs des malades étaient atteints d'angine chronique.

*Traitement.* — La médication peut ainsi se résumer : purgatifs salins, mouches de Milan derrière l'oreille; injections, tantôt avec une infusion de têtes de pavot, tantôt avec celle de feuilles de ronces, ou avec une solution de chloral et de sulfate neutre d'alumine à 1 0/0. Dans le cas de vives douleurs, valérienate d'ammoniaque. Enfin, suivant les indications, eau d'Enghien, eau de Challes, eau de la Bourboule.

#### E. — AFFECTIONS CHRONIQUES DES CAISSES.

*Sexe.* — 171 cas : 99 hommes, 72 femmes.

*Age.* — En classant les malades d'après l'âge qu'ils avaient au moment où ils se sont présentés à la clinique, on arrive au résultat suivant :

Jusqu'à 10 ans.....	36 cas.
De 11 à 20 .....	51 —
De 21 à 30 .....	29 —
De 31 à 40 .....	22 —
De 41 à 50 .....	22 —
Au-dessus de 50 .....	11 —
TOTAL.....	171 cas.

Mais il importe de remarquer qu'il s'agit ici d'otites chroniques dont les malades souffrent depuis plusieurs années lorsqu'ils se font inscrire (5 ans en moyenne). Les cas où la maladie date de 10, 15 et même 20 ans, ne sont pas rares. On voit donc, en faisant cette correction, que le début de l'otite chronique a son maximum dans un âge assez jeune.

*Étiologie.* — Sans parler des causes générales, nous remarquons : fièvre typhoïde (4 cas), rougeole, coqueluche, méningite, pneumonie (2 cas), diphtérie, scarlatine (4 cas), variole, bronchite, tuberculose (1 cas), rhumatisme articulaire aigu (1 cas), syphilis (4 cas).

*Traitement.* — Les insufflations d'air par la trompe d'Eustache, ainsi que l'application de la pommade iodurée, ont été employées chez plus de 100 malades. Les instillations iodurées dans l'oreille ont été fréquemment ordonnées. Toujours un traitement général a complété le traitement local.

#### F. — OTORRHÉE. — POLYPES.

*Sexe.* — 369 cas : 234 hommes, 145 femmes. — 14 polypes, dont 9 dans le sexe masculin.

Jusqu'à 10 ans.....	77 cas.
De 11 à 20 .....	118 —
De 21 à 30 .....	79 —
De 31 à 40 .....	39 —
De 41 à 50 .....	33 —
De 51 à 68 .....	15 —
De 61 et au-dessus.....	8 —
TOTAL.....	369 cas.

Quelques malades viennent consulter dès le début de leur mal, mais la plupart attendent plusieurs années : 5 à 6 ans en moyenne.

*Saison.* — Le premier trimestre de l'année compte 77 cas et le dernier 89; ils sont les moins chargés. Le troisième présente le maximum : 106 cas.

*Étiologie.* — Parmi les causes directes de l'affection, nous voyons entre autres les maladies ci-après :

Fièvre typhoïde, rougeole (14 cas), tuberculose (13 cas), méningite (8 cas), pneumonie, bronchite, variole (6 cas), coqueluche, syphilis (3 cas), érysipèle, diphtérie, scarlatine, rhumatisme et goutte, suette miliaire (1 cas). — Les lésions du voisinage : otites aiguës, angines, eczéma (6 cas), herpès, présence de corps étrangers (1 cas), ont été souvent le point de départ de la maladie. 6 fois l'otorrhée survint après un bain froid, 2 fois chez deux enfants hydrocéphales. Un phlegmon de l'apophyse mastoïde en a été dans 8 cas la conséquence.

*Côté malade.* — L'écoulement avait lieu 136 fois des deux côtés : 118 fois à droite, seulement 95 fois à gauche.

*Traitement.* — Le traitement général occupe une place importante. Sirop de raifort iodé, sirop de phosphate ou d'iodure de fer, huile de foie de morue, bains sulfureux.

Le traitement local consiste en injections chloralées, dans les cas les plus ordinaires. Si la suppuration ne diminue pas et détermine, en se prolongeant, la formation de bourgeons charnus et de fongosités, on a eu à recourir à l'application de flèches caustiques en chlorure de zinc. Nous avons aussi employé avec avantage la préparation suivante :

Acide phénique liquide.....	0gr,50
Acide borique.....	1 »
Alcool absolu.....	10 »
Glycérine.....	20 »

Verser 7 à 8 gouttes dans l'oreille, matin et soir. Dans les derniers mois, nous nous sommes servis avec avantage d'ins-tillations avec une solution d'acide sulfureux.

## G. — AFFECTIONS DES CHÂÎNES DES OSSELETS.

*(Engorgement et ankylose.)*

Sexe. — 190 cas : 94 hommes, 96 femmes.

Age. — Jusqu'à 10 ans..... 2 cas.

De 11 à 20 ..... : 8 —

De 21 à 30 ..... 40 —

De 31 à 40 ..... 46 —

De 41 à 50 ..... 43 —

De 51 à 60 ..... 30 —

De 61 à 70 ..... 20 —

TOTAL..... 190 cas.

Dix fois seulement la maladie remontait à moins de 6 mois. Toutes les autres fois, elle durait depuis 2, 3, 5, 10 et même 20 ans, et, en moyenne, depuis 9 ans.

*Étiologie.* — La fièvre typhoïde a été signalée (8 fois), le rhumatisme (4 fois), la pneumonie, la syphilis (2 fois); diphthérie, méningite, tuberculose (1 fois); 2 fois la maladie a été précédée d'herpès et d'eczéma de l'oreille. Sept malades étaient très manifestement arthritiques.

*Bourdonnements.* — Ils sont très fréquents dans cette affection, et sont presque constamment notés. Ils consistent en bruissements (bruits de cascade, chute d'eau, sifflements, jets de vapeur).

*Traitement.* — Sur les 190 malades qui nous occupent, 150 ont été traités par des insufflations d'air par la trompe d'Eustache; en même temps l'iodure de potassium leur a été administré, soit à l'intérieur (sirop ou solution 10 p. 300), soit à l'extérieur, sous forme d'instillations dans le conduit ou de pommade sur les apophyses mastoïdes.

12 malades, dont la maladie remontait à une époque trop ancienne, ont été renvoyés sans traitement.

## H. — AFFECTIONS DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

(Obstruction, engouement, catarrhe.)

*Sexe.* — 76 cas : 36 hommes, 40 femmes.*Age.* — La fréquence de la maladie aux différents âges est la suivante :

De 3 à 10 .....	3 cas
De 11 à 20 .....	13 —
De 21 à 30 .....	16 —
De 31 à 40 .....	20 —
De 41 à 50 .....	8 —
De 51 à 60 .....	7 —
De 61 et au-dessus .....	9 —

TOTAL..... 76 cas.

*Saison.* — Les deux premiers trimestres ont chacun 22 cas; le troisième, 19; le quatrième, 13 seulement.*Étiologie.* — 20 fois au moins, l'affection de la trompe s'accompagnait d'une angine chronique, 3 ou 4 fois de catarrhe nasal; dans 15 cas, d'otite moyenne. La méningite, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la pneumonie ont été notées chacune 1 fois.*Début.* — Les malades de cette catégorie se sont généralement présentés à la clinique à une époque assez rapprochée du début de leur maladie (1 à 6 semaines le plus souvent).*Bourdonnements.* — Ils manquent rarement; le malade les compare au bruit d'un coquillage sur l'oreille, au bruit d'un roulement lointain de voiture, ou à celui d'un moulin.*Traitement.* — Cathétérisme et pommade iodurée. Prises 4 fois par jour avec un mélange de sucre candi pulvérisé et de calomel en poudre.

Traitement général approprié à chaque malade.



## I. — AFFECTIONS DU ROCHER.

(*Fractures périostite, nécrose. Otite des cellules mastoïdiennes.*)

*Sexe.* — 18 cas : 13 hommes, 5 femmes.

<i>Âge.</i> — Jusqu'à 10 ans. ....	4 cas.
De 11 à 20 .....	4 —
De 21 à 30 .....	3 —
De 31 à 40 .....	3 —
De 41 à 50 .....	1 —
De 51 et au-dessus. ....	3 —

TOTAL..... 18 cas.

Ces 18 cas se répartissent ainsi :

Pendant le 1 <sup>er</sup> trimestre.....	7 cas.
— le 2 <sup>e</sup> — .....	2 —
— le 3 <sup>e</sup> — .....	4 —
— le 4 <sup>e</sup> — .....	5 —

TOTAL..... 18 cas.

## J. — OTITE LABYRINTHIQUE.

*Sexe.* — 58 cas : 21 hommes, 37 femmes.

<i>Age.</i> — Jusqu'à 10 ans. ....	5 cas.
De 11 à 20 .....	2 —
De 21 à 30 .....	7 —
De 31 à 40 .....	9 —
De 41 à 50 .....	11 —
De 51 à 60 .....	15 —
De 61 et au-dessus. ....	9 —

TOTAL..... 58 cas.

Ici encore je dois faire remarquer que beaucoup de malades ont attendu plusieurs années avant de se faire soigner (5 à 6 ans en moyenne).

*Étiologie.* — 5 fièvres typhoïdes, 1 variole. Plusieurs personnes étaient sujettes à des migraines et des névralgies, d'autres étaient très anémiques. Quelques-unes attribuaient le trouble qu'elles ressentaient à une chute ou à un coup reçu sur la tête.

*Bourdonnements.* — Un grand nombre de sujets se plaignaient de bourdonnements qu'ils comparaient à des bruits musicaux : bruits de cloches, chants d'oiseaux, etc. Plusieurs souffraient de vertiges et d'étourdissements. Une femme de 60 ans avait la maladie de Ménière bien caractérisée.

*Traitement.* — La pommade à la vératrine, les mouches de Milan appliquées derrière l'oreille, l'électricité ont constitué le traitement local.

Le bromure de potassium, l'aconit, les ferrugineux, l'arsenic, ont été donnés à l'intérieur dans un grand nombre de cas.

#### K. — COPHOSE.

*Sexe.* — 61 cas, dont 29 hommes et 32 femmes.

<i>Age.</i> — Jusqu'à 10 ans.....	10 cas.
De 11 à 20 .....	13 —
De 21 à 30 .....	7 —
De 31 à 40 .....	12 —
De 41 à 50 .....	10 —
De 51 à 60 .....	3 —
Au-dessus de 60. ....	6 —
TOTAL.....	61 cas.

*Étiologie.* — Fièvre typhoïde (6 cas), rougeole (2 cas), méningite (3 cas), fracture du rocher (3 cas), rhumatisme, épilepsie, syphilis héréditaire (1 cas). Un certain nombre d'autres fois on peut incriminer une otorrhée ancienne avec perte du tympan et des osselets.

*Traitement.* — Trente fois environ aucun traitement n'a été institué, la maladie ayant été jugée incurable. Les mouches de Milan, l'électricité et un traitement général (arsenic,

préparations iodurées, etc.) ont été prescrits dans les autres cas.

#### L. — SURDI-MUTITÉ.

*Sexe.* — 70 sourds-muets : 41 hommes et 29 femmes.

*Age.* — Ils sont répartis ainsi :

Jusqu'à 2 ans.....	9 cas.
De 3 à 10 .....	41 —
De 11 à 20 .....	12 —
De 21 à 30 .....	6 —
De 31 et au-dessus.....	2 —

TOTAL..... 70 cas.

*Étiologie.* — On sait que la surdité qui atteint les enfants même à l'âge de 8 ans, entraîne fatalement la surdi-mutité. Il s'agissait là surtout d'enfants qui venaient de faire une maladie récente (méningite, fièvre typhoïde, otite aiguë, etc.). Chez la plupart, la surdi-mutité provenait d'une otorrhée négligée.

*Traitement.* — Beaucoup de malades étaient amenés trop tard pour qu'un traitement pût être de quelque utilité. Presque tous, cependant, ont reçu un traitement général (sirop de phosphate de fer, bains salés, etc.).

#### M. — RETARDS ET VICES DU LANGAGE.

##### (Idiotie, troubles intellectuels.)

Les retards et vices du langage se rencontrent si souvent chez les enfants dont le développement physique et l'intelligence sont arriérés, que j'ai réuni dans un même chapitre les deux affections.

*Sexe.* — 58 cas : 34 hommes et 24 femmes.

*Age.* — Il s'agit ici surtout d'enfants :

43 cas jusqu'à 10 ans, et 9 de 11 à 20.

*Traitement.* — Plusieurs malades ont été inscrits aux cours d'orthophonie, dont M. Colombat est chargé à l'Ins-

titution des sourds-muets. D'autres, trop jeunes, ou chez lesquels la difficulté du langage pouvait être attribuée à une faiblesse générale prononcée, ont été soumis aux fortifiants. Nous leur avons principalement conseillé le sirop de phosphate de fer et des frictions sur les membres et la colonne vertébrale avec de l'alcool camphré.

#### N. — AFFECTIONS DU NEZ ET DE LA GORGE.

##### 1° Affections nasales : 26 cas.

Rhinite chronique et coryza odorant . . . . .	14 cas.
Ozène . . . . .	7 —
Eczéma, nécrose des cornets, polype nasal, catarrhe naso-pharyngien . . . . .	6 —

*Age.* — Jusqu'à 10 ans, la maladie a été notée 6 fois; de 11 à 20, 9; et 11 fois seulement au-dessus de cet âge.

*Traitement.* — Le traitement local a consisté en irrigations locales diverses. La poudre d'iodoforme déodorisée de Langlebert, prise 4 fois par jour, a donné de bons résultats dans l'ozène.

##### 2° Affections de la gorge, du larynx et du pharynx : 29 cas.

Il s'agit surtout d'angines chroniques; 5 fois d'origine syphilitique (plaques muqueuses). Un assez grand nombre d'amygdales ont été excisées avec succès et sans accidents.

*Traitement.* — Gargarismes astringents. Eau d'Enghien, eau de Challes, etc.

#### O. — MALADIES DU CUIR CHEVELU.

Le traitement de la teigne préconisé par M. Ladreit de Lacharrière fait venir chaque année, à la clinique otologique, un certain nombre de malades atteints d'affections du cuir chevelu.

Sur 90 malades inscrits, 62 venaient pour la teigne; 17 étaient atteints d'alopécie ou de pelade; les autres, d'eczéma ou de favus (2 cas).

Le traitement de la teigne proposé par M. Ladreit de La-

charrière, grâce auquel la durée de la maladie est notablement abrégée, peut se formuler ainsi :

1° Couper ras les cheveux;

2° Faire sur la partie malade l'application d'une couche de cosmétique à l'huile de croton.

Appliquer des cataplasmes de fécule aussitôt que l'éruption s'est produite, puis de l'huile d'amandes douces, quand les croûtes sont tombées et lorsque l'inflammation s'est dissipée; recommencer une nouvelle application, si on reconnaît que les éléments de la teigne ne sont pas détruits.

Contre la pelade, nous avons employé des frictions avec une solution de sublimé, des applications d'une pommade à l'huile de ricin; et, lorsque ces moyens ont échoué, nous avons provoqué des excitations du cuir chevelu soit par des applications d'huile de croton, soit par des piqûres au fer rouge, pratiquées avec le galvano-cautère.

#### P. — AFFECTIONS DIVERSES.

Nous avons soigné à la clinique 41 malades venus pour diverses affections, entre autres :

10 névralgies faciales.

4 paralysies faciales.

Un enfant présentant une absence congénitale de l'oreille droite.

*Résumé.* — En jetant un coup d'œil général sur cette statistique, nous voyons que sur 1,046 malades atteints d'une affection proprement dite de l'oreille, il y avait 623 hommes et 423 femmes. Nous voyons aussi combien les maladies générales sont une cause fréquente de maladie d'oreille. La fièvre typhoïde, par exemple, a été citée près de 50 fois dans ce travail, et encore devons-nous avouer que bien des renseignements nous ont échappé, le nombre considérable des malades qui ont fréquenté la clinique ne nous ayant pas toujours permis de prendre sur chacun une observation aussi détaillée que nous l'aurions voulu,

Nous pensons cependant que ce travail, tout incomplet qu'il est, pourra donner quelques renseignements utiles en otologie.

---

## ANALYSES.

**Traité de pathologie externe, par MM. POULET et BOUSQUET**  
(publié par la librairie Doin).

Nous n'hésitons pas à prédire un véritable succès à ce nouveau traité qui, en ses trois volumes in-octavo de mille pages chacun, résumera d'une façon complète et aussi nettement que possible l'état actuel de la science, tant en France qu'à l'étranger.

Les auteurs, non contents de s'inspirer de leurs propres connaissances et des enseignements de leurs maîtres, ont fait appel, chaque fois que le sujet l'exigeait, à l'expérience et à l'autorité des spécialistes les plus recommandables, voulant avant tout donner, sur chaque question, les notions exactes, claires, précises.

Les deux premiers volumes de cet important ouvrage viennent d'être publiés : le troisième le sera d'ici peu ; nous l'attendons avec impatience.

En faisant une analyse complète de ce travail, nous sortirions du cadre de notre programme ; je me contenterai simplement de faire connaître à nos lecteurs les points de l'ouvrage qui les intéressent plus particulièrement ; je veux parler des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes.

La partie du traité consacrée à la pathologie de l'oreille comprend huit chapitres.

Le premier nous initie à l'examen de l'oreille. La recherche de la perméabilité de la trompe d'Eustache et de la sensibilité auditive est indiquée, brièvement sans doute, mais d'une façon complète et claire. L'auteur s'occupe ensuite, dans les trois chapitres suivants, des maladies du pavillon du conduit auditif et du tympan. Plusieurs figures intercalées dans le texte en facilitent l'intelligence et rendent plus claires les descriptions.

Le chapitre cinquième, pathologie de l'oreille moyenne,

présente un développement plus considérable, ce qui s'explique par l'importance du sujet.

L'otite moyenne tire son origine de causes locales et surtout des causes générales, aussi le traitement doit-il être à la fois général et local.

L'auteur recommande avec raison d'instituer ce traitement de bonne heure, car malheureusement les malades affectés d'otite moyenne, surtout d'otite sèche, se préoccupent peu, au début des troubles qu'ils éprouvent, et lorsqu'ils viennent demander des secours, les lésions sont déjà trop avancées.

L'étude de l'otite purulente chronique ou otorrhée n'est pas moins intéressante, tant par la fréquence de cette maladie que par les graves désordres qu'elle entraîne et sa résistance aux médications les mieux dirigées. Ici encore le traitement général doit assurer le succès du traitement local.

Quelques pages sur l'otite tuberculeuse, sur l'otite des nouveau-nés, sur les polypes et les tumeurs de la caisse terminent cette importante partie.

Les affections de la trompe d'Eustache et de l'apophyse mastoïde, et enfin celle de l'oreille interne font l'objet du dernier chapitre.

L'auteur insiste sur la maladie de Ménière. Les différentes formes cliniques, les symptômes, les traitements en sont exactement indiqués ; la médication par le sulfate de quinine et celle par le salicylate de soude, proposée par Charcot, est donnée avec détail.

Nous recommandons spécialement à nos lecteurs le dernier paragraphe de ce chapitre sur les bourdonnements. Avec le docteur Ladreit de Lacharrière, les auteurs du nouveau traité de pathologie externe divisent les bourdonnements en trois catégories :

1° Bourdonnements résultant de l'occlusion des voies naturelles : conduits auditifs et trompes d'Eustache ; ce sont, en général, des bruits de roulement et de vague ;

2° Bruits de compression, consistant en bruissements ;

3° Bruits labyrinthiques ou bruits musicaux.

En résumé, le livre sur les maladies de l'oreille sera tou-

jours, nous n'en doutons pas, consulté avec le plus grand profit; tout y est exact, clair, précis, pratique.

Nous regrettons cependant que MM. Poulet et Bousquet n'aient pas écrit un chapitre spécial sur les affections des chaînes des osselets. Nous pensons en effet que, dans bien des cas, ces affections, tout en s'accompagnant d'altérations inévitables de la caisse, occupent le premier rang. L'engorgement et l'ankylose des articulations des osselets de l'ouïe, se reconnaissent à des symptômes assez nets pour mériter une description spéciale.

Le livre suivant traite des maladies du nez et de ses annexes. La pathologie des fosses nasales nous intéresse plus particulièrement. En tête, nous trouvons exposés quelques principes indispensables de rhinoscopie. Vient ensuite l'exposition des lésions de la cloison et celle, non moins intéressante, des corps étrangers et des accidents qu'ils peuvent provoquer. M. Poulet divise les corps étrangers des fosses nasales, comme ceux de l'oreille et du larynx, en corps inanimés et animés; parmi ces derniers, il a surtout en vue les larves de mouches; le pronostic peut être mortel: un traitement énergique est de rigueur.

Une étude complète du coryza, des ulcérations et de la scrofule des fosses nasales est destinée à rendre de grands services à quiconque consulterait ces lignes. La description des ulcérations syphilitiques est inspirée des idées du professeur Fournier si compétent en cette matière. Le lecteur trouvera encore dans ce chapitre de précieux renseignements sur l'ozène, les polypes et les tumeurs de cette même région.

Parmi les affections de l'arrière-cavité des fosses nasales, nous signalons ce qui concerne les tumeurs adénoïdes et les ulcérations.

Un tableau fort commode résume les signes offerts par ces dernières et facilite le diagnostic différentiel entre les ulcérations d'origine scrofuleuse ou syphilitique. Les polypes fibreux et leur traitement sont également l'objet d'une étude sérieuse qui termine dignement cette partie du livre.

En continuant la lecture de ce traité, nous arrivons aux



affections du voile du palais, du palais et des amygdales. Ici, comme partout, le médecin trouvera une description claire, méthodique et exacte.

La pathologie de la région sus-hyoïdienne est loin d'être toujours claire. « Celle de la glande sous-maxillaire, en particulier, comme le font remarquer MM. Poulet et Bousquet auxquels nous laissons la parole, est fort obscure et son inflammation mal connue. Elle a été confondue avec le phlegmon de la loge qui la renferme, tandis que dans les cas bénins on en fait une variété de grenouillette, désignée sous le nom de grenouillette aiguë.

« Nous avons cru utile, continuent les mêmes auteurs, de faire cesser cette confusion en décrivant, sous le nom de sous-maxillite, l'inflammation de la glande. Il en existe deux degrés : l'un léger, qui n'aboutit pas à la suppuration ; l'autre plus aigu, susceptible de suppurer. »

L'étude de la sous-maxillite est suivie de plusieurs pages très intéressantes sur les grenouillettes proprement dites, dont l'auteur, après avoir donné une définition précise de cette affection, distingue trois espèces suivant le siège de la tumeur : grenouillette sublinguale, grenouillette du canal de Warthon et de la bourse de Fleischmann, grenouillette sus-hyoïdienne.

Le mécanisme, les symptômes, le diagnostic et le traitement de chaque variété sont décrits d'une façon qui ne laisse rien à désirer.

Le plan adopté dans ce chapitre, l'ordre qui y règne, jettent sur ce point, jusqu'ici un peu confus, une clarté nouvelle.

Il nous reste encore, pour achever ce travail, à parler des maladies du larynx. Cette partie de l'ouvrage est, sans contredit, une des meilleures ; elle est inspirée de beaux travaux de Fauvel, Morell Mackenzie, etc. Quelques notions sur l'examen du larynx sont rendues plus claires encore par plusieurs figures détaillées.

Toutes les parties de cet intéressant chapitre seraient dignes d'une mention spéciale, et malgré mon désir d'être bref, je ne puis passer sous silence l'étude des plaies du larynx et de la trachée, ni celle des corps étrangers des

voies aériennes, liquides ou solides, inanimés ou animés. Les polypes, le cancer, la syphilis de ces régions sont traités de main de maître. L'auteur n'a pas craint de multiplier les planches et de montrer ainsi à l'œil les lésions dont il fait la description.

Les polypes du larynx, d'après les recherches de Fauvel, ont leur plus grande fréquence à l'âge adulte : quelquefois sus-glottiques, ils sont en général intra-glottiques ; ils se manifestent par des altérations de la voix et de la respiration. L'examen direct du larynx fixe le diagnostic.

Le cancer débute souvent, d'après le même auteur, par la corde vocale supérieure gauche. C'est une affection de l'âge mûr plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Aux symptômes locaux s'ajoutent des symptômes généraux d'autant plus graves que, par son siège, le cancer du larynx expose à des genres de mort multiples : syncope, complication pulmonaire, inanition, etc.

Le larynx peut être le siège de lésions syphilitiques secondaires ou plus souvent tertiaires. Les premières sont constituées généralement par de l'érythème ou des plaques muqueuses. Les accidents tertiaires peuvent aussi quelquefois atteindre la trachée. Ils consistent en ulcérations et en gommes.

L'auteur insiste sur le diagnostic à établir entre les ulcérations tuberculeuses et les ulcérations syphilitiques de la trachée.

Signalons encore, en terminant, le paragraphe des rétrécissements des voies aériennes et celui du trachéocèle ou goitre aérien.

Là, comme dans tout le reste de l'ouvrage, nous retrouvons des descriptions données d'une façon exacte, complète, quoique sans longueur.

Chaque page se lit avec intérêt, avec plaisir même, et nous sommes assuré que chacun, à cette lecture, trouvera le plus grand profit.

H. MARTIN.

**Toux provoquée par la présence de polypes dans les fosses nasales, par le Dr JOHN-N. MACKENZIE.**

Dans un travail publié en 1883 (*Transactions méd. chir. Fac. of med.*) M. Mackenzie a appelé l'attention sur la fréquence de la toux comme symptôme de divers états pathologiques des cornets des fosses nasales et de la muqueuse qui les recouvre, spécialement de la couche de tissus érectile située au niveau de l'extrémité postérieure du cornet inférieur. Relativement au mode de traitement à appliquer en ces circonstances, l'auteur a insisté sur l'importance du traitement local, lequel, dans certains cas, doit consister dans la destruction de la portion malade de la membrane, si l'on veut obtenir sûrement la disparition de la toux et des autres phénomènes réflexes.

Dans une publication subséquente, M. Mackenzie a rapporté plusieurs exemples fournissant la démonstration de l'efficacité de ce procédé thérapeutique.

Aujourd'hui, le même auteur communique, dans leurs traits essentiels, quelques cas de toux réflexe ayant pour cause la présence de polypes dans les fosses nasales.

*Cas I.* M<sup>me</sup> B..., 40 ans, avait souffert pendant plus de quatre années d'une obstruction de la fosse nasale droite avec écoulement, épistaxis fréquentes et une tendance constante à de violentes attaques de coryza ; de temps à autre apparaissaient, en outre, des symptômes pouvant faire croire à l'existence d'une otite moyenne.

Une année avant de me consulter, elle avait été incommodée par une toux sèche et quinteuse presque continuelle, mais qui augmentait d'intensité pendant la nuit, et même à tout autre instant, si la malade prenait une position inclinée. La toux s'aggravait toujours pendant un temps humide et au moment des brusques changements atmosphériques.

Cette toux pénible, à laquelle étaient venues s'ajouter des douleurs dans les parois de la poitrine, avait plongé la malade dans un grand abattement ; car elle s'était imaginé

que ses poumons devaient être atteints de quelque grave maladie.

Je la vis pour la première fois le 2 avril ; c'était une personne robuste et bien portante, dont la gorge et les poumons étaient exempts de toute trace de maladie. Mais sur le cornet moyen du côté droit, à l'union de son tiers moyen avec le tiers postérieur, se trouvait un polype mou, large, pédiculé et mobile, qui pendait dans le méat inférieur. La muqueuse était gonflée, hyperémiee ; les deux fosses nasales, mais surtout la droite, renfermaient une assez grande quantité de sécrétions muco-purulentes.

J'enlevai le polype avec le serre-nœud. Deux jours après l'opération, la toux avait complètement cessé ; elle ne reparut que dans la seconde quinzaine de juillet suivant. A cette époque, la malade revint pour me dire qu'elle « était plus mal que jamais », et que de plus elle était presque privée du sens de l'odorat. En regardant dans la narine droite, je vis un gros polype occupant le même point que celui qui avait été extirpé. Attribuant cette récurrence à ce que, la première fois, l'enlèvement du néoplasme n'avait pas été complet, je ne me suis pas contenté d'exciser le polype ; j'ai enlevé aussi, en même temps, la saillie osseuse sur laquelle il était implanté. Dès le lendemain, la malade était guérie de la toux, qui ne reparut pas depuis.

*Cas II.* M<sup>me</sup> T..., une personne âgée et un peu nerveuse, mais d'un physique accompli, vint me consulter pour une toux violente dont elle était tourmentée depuis plus de six ans. Sept années auparavant, elle avait eu un catarrhe des voies nasales, contre lequel elle n'avait usé d'autre traitement que la nettoyage régulier avec de l'eau tiède et du sel commun.

Une année avant de me consulter, la toux allait constamment en s'aggravant ; elle persistait d'un manière presque ininterrompue pendant toute la journée, et empêchait le sommeil pendant la nuit. Ces secousses de toux sèche prenaient par moments une violence considérable. La malade tombait alors dans un grand état de faiblesse et de prostration nerveuse. Les accès étaient plus intenses pendant les brusques changements de température, et ils coïncidaient

généralement avec l'obstruction plus ou moins complète des fosses nasales. La malade perdit l'appétit et la bonne humeur, et digérait avec beaucoup de difficulté le peu de nourriture qu'admettait son estomac. Depuis plus d'une année, elle était forcée de respirer par la bouche, et souffrait d'une sécheresse intolérable de la gorge, avec difficulté d'avaler ; elle était souvent enrouée et éprouvait des picotements et un sentiment de constriction dans le larynx. A force de réfléchir à toutes les souffrances qu'elle endurait, la malade était arrivée à croire que son état était lié à une maladie incurable du larynx, peut-être à la phtisie de cet organe.

L'examen physique ne permit de découvrir aucune lésion du cœur ni du poumon : l'aspect du larynx était normal, mais il se congestionna pendant l'examen. Le pharynx était le siège d'un catarrhe chronique. Les deux cornets inférieurs étaient gonflés et hyperémiés dans leur partie antérieure. Derrière eux on apercevait la surface luisante de deux polypes dont l'origine était dans la partie supérieure des fosses nasales et qui descendaient jusqu'à quelques millimètres du plancher de ces cavités.

En touchant la partie hyperémiée avec une sonde, on pouvait provoquer des accès de toux.

Les végétations furent supprimées, en plusieurs séances, à l'aide du serre-nœud.

Dans l'espace de quelques jours, la toux disparut entièrement, ainsi que les symptômes laryngés. Comme traitement consécutif, on ne fit autre chose que des lavages quotidiens avec de l'eau chaude mêlée d'alcool et de sel ordinaire. Le gonflement des cornets diminua rapidement. Avec la disparition de la toux, revinrent l'appétit et la bonne humeur.

Cette malade est encore en traitement pour l'inflammation chronique du pharynx, qui occasionne beaucoup de toux et de crachement, manifestations constantes de cette maladie ; mais depuis l'ablation des polypes, elle est délivrée de ces quintes de toux sèche, dont elle commençait à croire qu'elle ne pourrait plus jamais être débarrassée.

*Cas III.* Pour faire suite aux deux cas précédents, je mentionnerai brièvement celui d'une jeune fille, chez qui les symp-

tômes étaient ceux d'une tumeur du larynx (toux, sensation d'un corps étranger, avec douleur dans le larynx, légère dyspnée, et par intermittence voix croupale, etc.) et qu'on m'avait adressée pour l'opérer. A l'examen, le larynx a été trouvé normal sous tous les rapports, et on ne découvrit rien dans les voies respiratoires qui fût de nature à pouvoir expliquer les symptômes ; la seule chose qui attirât l'attention ce fut une excroissance fibreuse occupant le tiers moyen du cornet nasal inférieur gauche. En l'absence de toute autre cause d'irritation réflexe, je conseillai l'extraction de la tumeur ; mais la malade ayant été perdue de vue, je n'ai pu poursuivre l'observation de ce cas.

Les accès d'asthme occasionnés par des polypes nasaux sont assez communs, mais le rôle de ceux-ci dans la production de la toux ne paraît pas avoir été remarqué. A l'époque où je publiais ma thèse, un seul cas avait été rapporté.

Dans le courant de l'année passée, j'ai eu connaissance de quatre nouveaux cas semblables. Autant que mon expérience me permet de juger, la toux n'est produite par les végétations que si elles occupent une position telle qu'elles peuvent irriter la *zone érectile*, surtout dans sa partie postérieure. De sorte que des polypes peuvent exister dans les fosses nasales sans donner forcément lieu à la toux par action réflexe. Leur position peut aussi être telle qu'ils n'irritent la partie sensible que lorsque la tête est inclinée de certaine façon. Ceci peut expliquer les accès d'asthme nocturnes. Cette hypothèse est d'ailleurs plus plausible que celle d'après laquelle il faudrait attribuer cette action réflexe au filet nerveux du polype lui-même. J'ajouterai que le changement de volume des polypes peut également avoir son importance au point de vue de la provocation des phénomènes réflexes ; un polype, par conséquent, peut n'irriter l'aire érectile qu'à une certaine période de son existence, lorsque, par suite d'un accroissement de ses dimensions, il est amené en contact avec cette partie circonscrite des fosses nasales.

Pour ce qui est du mécanisme de cette action réflexe, deux explications sont possibles. On peut admettre qu'il existe une corrélation entre l'aire érectile nasale et l'espace interary-

ténoïdien (centre de la toux laryngée), en vertu de laquelle l'irritation ou l'engorgement vasculaire de la première produit l'hyperémie du second par l'intermédiaire des nerfs vasodilatateurs à travers le ganglion cervical supérieur, d'où résulte la toux laryngée. Ou bien, ce qui est plus probable, l'irritation est transmise directement à la moelle par les nerfs sphéno-palatins, d'où elle est aussitôt réfléchie au dehors sur les muscles qui concourent à l'acte de l'expiration.

Il est inutile d'insister sur l'importance des enseignements qui découlent des cas dont l'histoire a été rapportée plus haut. Entre autres points intéressants, on peut signaler les symptômes subjectifs du larynx et leur disposition après l'éloignement de la cause d'irritation qui réside dans les fosses nasales.

D<sup>r</sup> CH. B.

---

**Un cas d'aphonie spasmodique grave**, par le D<sup>r</sup> PH. SCHECH, professeur à Munich (*Monatschrift f. Ohrenheilk*, 1885, n° 1).

Cette affection est généralement attribuée à un état nerveux, à l'hystérie, à des efforts de la voix. Cette dernière cause étant surtout active chez les personnes exerçant certaines professions, l'aphonie spasmodique a, pour cette raison, été rangée parmi les maladies professionnelles.

Son apparition est fréquemment précédée par une angine aiguë, un catarrhe laryngé ou bronchique; elle paraît être provoquée par ces affections, chez les personnes qui sont astreintes à un exercice continu et exagéré de la voix, surtout, si pendant l'état de la période inflammatoire, l'organe de la phonation n'a pas été ménagé.

C'est précisément ce qui est arrivé chez un professeur de religion, homme robuste, d'un âge mûr, et sans tempérament nerveux. En décembre 1883, il fut atteint d'une rhinite aiguë et d'une laryngo-bronchite; il continua malgré cela à remplir activement les devoirs de sa profession.

Lorsque je le vis pour la première fois (4 janvier 1884) on pouvait encore constater la présence d'une hyperémie des ligaments ary-épiglottiques.

L'examen pendant la phonation spasmodique fit apercevoir l'occlusion énergique de la glotte vocale, avec un léger écartement de la partie cartilagineuse et une forte projection en avant du cartilage de Santorini; cet état a déjà été noté dans le cas décrit par *Jonquières*; je n'ai, quant à moi, jamais pu observer de rapprochement convulsif des fausses cordes.

Chose remarquable, lorsque les cordes vocales étaient attaquées avec force, comme pendant le chant, le spasme ne se produisait jamais; il était au contraire provoqué sûrement par la parole et le chuchotement. Les crampes les plus intenses avaient lieu pendant la prononciation de mots polysyllabiques, tels que 333 par exemple. Un autre fait digne de remarque, ce sont les convulsions simultanées d'autres muscles qui d'ordinaire y sont peu sujets.

Quand la maladie était dans sa période de plus grande intensité, vers la mi-janvier, dès que le malade parlait à voix basse, il se produisait une aphonie complète, et en même temps de rapides et très violentes convulsions cloniques des muscles du cou et de la nuque; la tête était d'abord rejetée en arrière, puis aussitôt, et avec plus de force encore, elle était abaissée en avant sur le sternum.

Les muscles convulsés étaient, autant que la courte durée des spasmes avait permis de le noter, les trapèzes, le peaucier, les sterno-cleido-mastoïdiens, les droits de la tête, les sterno-hyoïdiens, les sterno-thyroïdiens, les thyro-hyoïdiens; dans les attaques les plus violentes, le corps thyroïde était repoussé en avant, et la région de la trachée formait une voussure très prononcée dans le même sens. Il n'était pas possible de déterminer si cette saillie en avant était due à un gonflement de la trachée, ou bien à la contraction des fibres du muscle thyro-hyoïdien qui, d'après Luschka, s'insèrent à la face postérieure du corps thyroïde, et sont désignés sous le nom de *muscle élévateur du corps thyroïde*. Quoi qu'il en soit, le spasme des muscles du larynx était le phénomène primitif; tandis que les convulsions des autres muscles étaient produites par voie réflexe; ces derniers



muscles sont innervés principalement par l'accessoire et le grand hypoglosse.

La marche de la maladie était très lente. Tous les moyens thérapeutiques échouèrent : silence absolu, galvanisation cutanée endolaryngée et spinale, bromure de potassium à l'intérieur, chloral, valérianate de zinc, arsenic, etc. L'électricité pendant la période la plus aiguë de la maladie parut nuisible. En mars, le malade se rendit à Menton, dans l'espoir d'y être délivré de son mal. Lorsqu'il fut de retour vers le milieu d'avril, son état n'était que peu amélioré.

Ne voulant pas reprendre les moyens déjà essayés, et dont il n'y avait rien à attendre, je fis suspendre toute médication interne, et je prescrivis seulement des douches froides sur les régions du larynx et de la nuque ; elles devaient être administrées deux fois par jour en pluie et en jet, avec un grand irrigateur tenu à une faible hauteur.

Bien qu'on puisse légitimement objecter que, même sans ce moyen, la maladie aurait vraisemblablement guéri d'elle-même à la longue, je n'en crois pas moins devoir revendiquer pour ce traitement une part dans le succès qui a été obtenu, et cela avec d'autant plus de raison que tout récemment le même procédé s'est montré d'une efficacité remarquable dans un autre cas, dont la gravité, il est vrai, était moindre.

Du reste, l'infidélité des médicaments internes justifie l'essai de l'hydrothérapie, dont, à mon avis, on n'a pas encore assez fait usage contre les névroses du larynx et du pharynx.

D<sup>r</sup> CH. B.

---

**Sur les empêchements d'enlever la canule trachéale,**  
par le D<sup>r</sup> S. MEYERSON, ancien chef de clinique médicale à  
Varsovie. (Tirage à part de la *Wiener Mediz Presse*, 1884.)

Parmi les complications, si nombreuses, pouvant survenir à la suite de la trachéotomie, celles qui rendent impossible l'enlèvement de la canule méritent particulièrement d'attirer l'attention.

Dans le cas d'une affection organique du larynx : tumeur, rétrécissement, etc., ou de la présence d'un corps étranger, la canule ne saurait être retirée avant la guérison, laquelle est souvent impossible. Mais, même dans les maladies de la muqueuse laryngée où les altérations sont moins profondes, dans le croup par exemple, l'éloignement de la canule n'est pas toujours possible, après la terminaison favorable de la maladie. L'obstacle contre lequel on se butte est la dyspnée et même l'impossibilité complète de respirer par les voies naturelles, qui se déclarent immédiatement ou peu de temps après le retrait du petit appareil.

Les causes de cette complication sont de diverses natures. En premier lieu, il faut nommer le spasme de la glotte, provoqué par le passage de l'air dans le larynx resté pendant longtemps inactif. Deux exemples en sont rapportés par Mackenzie (*Les Maladies de la gorge et du nez*). Chez deux enfants, dans le larynx desquels le laryngoscope ne montrait aucune modification objective, et qui étaient pris d'un accès de suffocation aussitôt qu'on leur enlevait la canule. Mais, comme rien ici ne démontre d'une manière positive l'existence d'un spasme glottique, M. Meyerson croit que la dyspnée pouvait aussi bien être due au spasme des muscles de la trachée ou au collapsus des parois de ce canal.

La paralysie des dilatateurs de la glotte a également été reconnue comme une cause de dyspnée, après l'enlèvement de la canule. Trousseau avait déjà soupçonné la possibilité de cette cause. Gerhardt l'a démontrée par le laryngoscope dans deux cas. Chez un petit garçon, qui portait la canule depuis deux ans, il put observer que, pendant le sommeil, lorsque l'orifice extérieur du tube était bouché, les cordes vocales se rapprochaient pendant l'inspiration, tandis qu'à l'état de veille la respiration était peu gênée. Dans le second cas, Gerhardt vit, trois semaines après la trachéotomie, les cordes vocales ne laisser entre elles, pendant l'inspiration, qu'un intervalle de 2 à 3 millimètres. Le petit malade ayant fait des efforts prolongés pour respirer à travers la canule bouchée, la paralysie des dilatateurs disparut.

Cette paralysie est appelée souvent, suivant l'expression

de Gerhardt, une paralysie par habitude. On admet que lorsque la nécessité de maintenir la glotte béante n'existe plus, l'innervation des dilatateurs glottiques cesse également, ou du moins qu'elle ne fonctionne plus que lorsque le sujet est attentif à sa respiration, c'est-à-dire pendant la veille, mais reste inactive dans le sommeil.

Ceci expliquerait les attaques de dyspnée qui se produisent la nuit lorsque la canule est bouchée.

Le manque d'exercice des muscles du larynx paraît, selon Semon, amener l'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne. On a indiqué encore comme une cause de la difficulté de respirer, après l'enlèvement de la canule, le rétrécissement de la trachée, produit à la suite de la diphtérie par le développement d'un tissu cicatriciel. Quoique peu nombreux, des cas de ce genre, sont consignés dans la littérature médicale (Blacher, cité par Bouchut : De la suffocation par végétation de la trachée après la trachéotomie, *Gazette des hôpitaux*, 1874, n° 35).

Steiner a trouvé, neuf mois après la trachéotomie, le larynx complètement oblitéré par du tissu cicatriciel.

Mais le plus fréquemment, c'est la production de granulations qui s'oppose à l'enlèvement de la canule. Elles se développent sur la partie interne de la plaie, et, après le retrait de la canule, elles obstruent plus ou moins la lumière de la trachée et gênent ainsi la respiration.

Le Dr Meyerson relate trois observations intéressantes qui lui sont personnelles. Il s'agit de trois enfants trachéotomisés dans le cours d'une diphtérie du larynx, et chez lesquels, après l'extraction de la canule, des productions granuleuses occasionnèrent une dyspnée qui nécessita l'intervention opératoire.

Le développement de granulations autour de la canule introduite dans la plaie de la trachée a été signalé pour la première fois aux environs de l'année 1860, par des auteurs français et allemands (Gigon, Paris, Rouvier-Joly, Burow, Hueter). Plus tard les cas observés devinrent plus nombreux (Koch, Pauly, Israel, Wanscher, Völker).

Les granulations siègent, généralement, dans le voisinage de la plaie trachéale ; mais elles peuvent aussi occuper d'au-

tres points et, d'après Koch, elles auraient quelquefois pour point de départ des ulcérations diphtéritiques.

Les granulations ont souvent une forme arrondie, mais elles ont une grande tendance à se transformer en tumeurs pédiculées, ce que Koch attribue avec raison au mouvement de l'air de la respiration; elles prennent même quelquefois l'aspect d'un polype.

L'étiologie de ces granulations est encore entourée d'obscurité. L'irritation produite par la canule ne saurait être une explication suffisante, vu la faible proportion des cas de trachéotomie qui sont suivis de cette prolifération néoplasique. L'emploi de canules défectueuses ne doit pas être sans influence (Trendelenbourg).

Les symptômes auxquels donnent lieu les granulations, dépendent surtout de leur volume et de l'espace qu'elles occupent dans l'intérieur du conduit aérien. Dans certains cas, les symptômes pourront donc faire entièrement défaut; de tels cas ont été observés par Koch et par Bouchut. Les tumeurs mobiles occasionnent plus souvent une dyspnée intense que des granulations sessiles. Le danger, naturellement, est le plus grand lorsque les végétations obstruent complètement le calibre de la trachée. Le plus souvent, la dyspnée, plus ou moins intense, se manifeste par une inspiration sifflante et de la cyanose. La colère, l'irritation et les efforts physiques peuvent l'augmenter et amener une mort subite.

La difficulté de respirer s'accroît ordinairement pendant la nuit, soit par suite de l'accumulation des sécrétions, soit aussi par suite de l'innervation insuffisante des dilatateurs de la glotte.

Le diagnostic des granulations est facile quand leur présence peut être reconnue par le laryngoscope ou par l'inspection de la plaie; lorsque ces moyens sont insuffisants, c'est par les autres symptômes qu'il faut s'éclairer sur le siège de l'obstacle.

Gerhardt a remarqué que dans la sténose du larynx, celui-ci est agité de violents mouvements d'élévation et d'abaissement, tandis que, si le rétrécissement occupe la trachée, ces mouvements n'existent pas.

Krishaber a indiqué un procédé important à l'aide de la canule fenêtrée : On bouche l'ouverture extérieure de la canule, si alors la respiration est gênée, c'est que l'obstacle réside dans le larynx ; si, au contraire, la respiration reste libre, pendant que le tube est bouché et n'est empêchée que lorsqu'on le retire complètement de la plaie, c'est dans la trachée que se trouve la cause de la dyspnée.

Le pronostic est grave ; sur 26 cas, il y eut 5 morts par asphyxie.

Comme moyen prophylactique, il faut conseiller d'enlever de bonne heure la canule. Il est important aussi de pratiquer l'examen laryngoscopique avant et après l'éloignement de la canule, dans tous les cas où cela est possible, afin de s'assurer qu'il n'existe pas de tumeur.

La destruction des granulations a été obtenue par divers procédés. M. Meyerson s'est servi de la galvanocaustie qui a l'avantage de ne donner lieu à aucun écoulement de sang. Les dernières traces des produits pathologiques peuvent être enlevées avec l'éponge. Lorsque la fistule est très petite, on l'agrandit dans le sens vertical avec le couteau galvanique.

Des accès de suffocation peuvent survenir pendant l'opération et l'entraver considérablement. On remédiera le mieux à cet inconvénient en introduisant dans la plaie un dilateur de Laborde.

D<sup>r</sup> CH. BAUMFELD.

### Abcès de l'orbite consécutif à un coryza aigu, par le D<sup>r</sup> ARTHUR HARTMANN, Berlin.

Les cas d'abcès de l'orbite ayant pour cause une inflammation de la muqueuse nasale sont extrêmement rares. Schäfer, qui en a observé un, dit n'en avoir pas trouvé un second dans la littérature médicale. Celui dont il est question ici est d'autant plus intéressant qu'il y a eu guérison à la suite d'un traitement local.

Le malade avait eu un coryza aigu. Quinze jours après il s'était formé un abcès dans l'œil gauche. Parmi les symptômes qu'on observa, le plus caractéristique consistait en ce

qu'une pression exercée sur le globe oculaire faisait écouler par le nez une grande quantité d'un pus fétide.

En examinant la fosse nasale du côté malade, on voyait du pus sourdre d'une masse granuleuse située dans le méat moyen.

Ayant pénétré avec une sonde derrière cette masse, je sentis la présence d'un os mobile que je parvins ensuite à extraire. Il avait 12 millimètres de longueur et 6 millimètres de largeur. Avec une sonde recourbée à angle droit, j'arrivai dans la cavité qui avait été occupée par le sequestre, et je la rinçai journellement au moyen d'un tube particulier, dont j'ai déjà antérieurement indiqué la construction. Dès le premier lavage une grande quantité de pus caséeux fut expulsée, et à partir de ce moment les sécrétions perdirent leur fétidité. Tout aussi rapidement s'amendèrent les symptômes occasionnés par la collection purulente du côté de l'orbite. Il fallait, en outre, dans la suite du traitement, détruire de temps à autre avec le serre-nœud, des granulations qui se produisaient dans le méat moyen. Au bout de quinze jours, le malade était renvoyé guéri.

Dans l'observation de Schäfer, mentionnée plus haut, le malade était un soldat qui, également à suite d'un coryza, eut une intumescence de l'œil et de la paupière du côté droit, avec écoulement de muco-pus par la narine correspondante.

Pour donner issue au pus de l'abcès formé dans la cavité orbitaire, il fallut, à plusieurs reprises, pratiquer des incisions en différents points.

Lorsqu'on faisait des injections dans l'abcès le liquide s'écoulait aussi par la narine. La mort néanmoins survint au milieu de symptômes de méningite. L'autopsie fit constater l'existence d'une méningite purulente de la base; la voûte de l'orbite était cariée; dans les cellules éthmoïdales il y avait un foyer de pus du volume d'une noix. Les lamelles osseuses étaient ulcérées, déformées, leur couleur était altérée.

Il y a lieu de s'étonner que dans ce cas on n'ait pas examiné les fosses nasales ni songé à diriger un traitement de ce côté. Dans ce cas, comme dans le mien, l'abcès de l'orbite avait certainement son point de départ dans les cellules

ethmoïdales. Mais tandis que, chez mon malade, l'extraction du sequestre et les lavages consécutifs ont amené la guérison, chez celui de Schäfer, rien n'a été tenté contre la lésion nasale qui était la cause de toute la maladie.

J'ai déjà dit ailleurs que dans plusieurs cas de blennorrhée fétide du nez, en explorant avec soin la cavité nasale, j'étais parvenu à pénétrer avec la sonde dans les sinus (ethmoïdaux et maxillaires), et à y introduire un tube spécial, qui au moyen d'une jointure en caoutchouc, est mis en communication avec une seringue. Grâce à ce tube, auquel je donne le nom de tube nasal, des injections peuvent régulièrement être pratiquées dans les sinus, et permettre ainsi de procurer la guérison, qui ne saurait être obtenue par aucun autre moyen.

Dans un travail antérieur, j'ai montré que la blennorrhée nasale est due souvent à une affection des cavités annexes du nez dont les sécrétions ne peuvent s'écouler au dehors par suite d'une hypertrophie diffuse de la muqueuse ou par des végétations polypiformes.

Les signes caractéristiques des cas de ce genre me paraissent être ceux-ci : 1. L'écoulement d'un pus épais, lorsque, avec une grosse sonde, on élargit l'orifice du méat moyen devenu trop étroit ; 2<sup>e</sup> la cessation de la blennorrhée, lorsque les parties hypertrophiées ont été détruites par le galvano-cautère, ou enlevées avec le serre-nœud, de manière que l'écoulement puisse s'effectuer librement.

De mes nouvelles recherches il résulte que l'éloignement de l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement des sécrétions par le méat moyen, ne suffit pas pour faire tarir la blennorrhée, mais qu'il faut, en outre, faire des lavages avec le tube nasal, sans quoi la blennorrhée persistera malgré l'absence de tout obstacle à l'évacuation des sécrétions par le méat moyen.

CH. B.

**Sur l'emploi de l'eau oxygénée dans le traitement de la conjonctivite purulente et des abcès de l'apophyse mastoïde**, par J.-B. PRINCE, de Jacksonville (Illinois) (*Saint-Louis medical Journal*, mars 1884).

Découverte en 1818, par Thénard, l'eau oxygénée n'attira d'abord l'attention que des seuls chimistes de profession. Plus tard elle fut employée en médecine contre plusieurs maladies constitutionnelles, principalement contre le diabète et la phthisie. Mais cet usage était fondé sur une idée théorique fausse, aussi fut-il bientôt abandonné.

Comme agent topique, au contraire, la valeur de l'eau oxygénée est établie d'une manière incontestable, et c'est à ce titre qu'elle intéresse toutes les branches de la médecine.

Rappelons les principaux caractères de ce corps important.

L'eau oxygénée est, comme l'eau ordinaire, un liquide, transparent, incolore, limpide, dépourvu d'odeur et de saveur. Sa densité est 1,452; elle reste liquide à zéro. Chimiquement, elle est une combinaison faible d'une molécule d'eau avec un atome d'oxygène, et s'obtient par l'action de l'acide chlorhydrique sur le peroxyde de baryum,  $\text{BaO}_2 + 2\text{HCl} = \text{BaCl}_2 + \text{H}_2\text{O}_2$ .

C'est à son instabilité que l'eau oxygénée est redevable de son importance comme agent thérapeutique. En présence de diverses substances : l'or, l'argent, le platine, la fibrine, le tissu cellulaire, elle se décompose en eau et en oxygène; elle devient alors un puissant moyen d'oxydation. Elle détruit le sucre et l'amidon avec dégagement d'acide carbonique. L'albumine, la gélatine, l'urée et les tissus dermiques, sont sans action sur l'eau oxygénée. Certains corps tels que l'ammoniaque, l'acide cyanhydrique, le tabac et l'aconit, accroissent sa stabilité, et, par suite, diminuent son pouvoir d'oxydation.

Une petite quantité d'eau oxygénée, injectée dans du sang veineux et même dans du sang coagulé, lui fait prendre l'apparence du sang artériel; le dégagement de gaz a pour effet de déchirer le caillot et d'affranchir ainsi les globules de



leur lien de fibrine; de plus, le sang reste en dissolution et devient de plus en plus transparent.

Dans cet état, le sang se prête beaucoup mieux à l'examen par le microscope, fait important au point de vue de la médecine légale.

Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est la propriété de l'eau oxygénée d'être décomposée lorsqu'elle est mise en contact avec des matières purulentes. L'oxygène naissant, qui se développe, se fixe sur les tissus voisins pour lesquelles il a de l'affinité, et les décompose; il peut ainsi être d'une grande utilité pour détruire les organismes microscopiques. Le volume du gaz mis en liberté égale douze fois celui du liquide employé.

L'eau oxygénée est, comme antiseptique, inférieure à l'iodoforme, avec lequel d'ailleurs elle a ceci de commun qu'elle n'irrite pas les tissus, qualité précieuse quand il s'agit d'organes délicats. Mais par la manière dont son action s'exerce, l'eau oxygénée est un antiseptique inappréciable et supérieur à tous les autres. Ce qui fait souvent échouer les meilleurs médicaments antiseptiques, c'est la difficulté de les appliquer assez exactement sur tous les points où ils doivent agir. Un grand nombre de ceux-ci peuvent échapper à leur action, de là l'insuccès du traitement.

L'eau oxygénée seule, grâce à la forme gazeuse de son élément actif, remplit tout entières les cavités où elle est appliquée, pénètre dans tous les recoins, pour y détruire les agents de la putréfaction. Une partie des liquides putrides est expulsée et ce qui reste est désinfecté par le contact du médicament.

On sait quel parti on tire de cette propriété de l'eau oxygénée dans les odontalgies ayant pour cause l'existence d'abcès alvéolaires; c'est l'effet du liquide, dans ces cas, qui a suggéré à l'auteur l'idée de l'employer dans une ophtalmie blennorragique très grave avec ulcère de la cornée. Le succès a été complet, tandis qu'il n'y avait pas de probabilité que le traitement chirurgical ordinaire eût été applicable dans ces circonstances particulières.

Enfin, l'auteur rapporte l'observation suivante d'un abcès

de l'apophyse mastoïde, où l'application de l'eau oxygénée a également donné un excellent résultat.

Julie, âgée de 8 mois, fille du Dr P., de Manchester, Illinois. A la suite d'une scarlatine il y eut suppuration de l'oreille, pendant dix semaines environ, puis l'inflammation se propagea à l'apophyse mastoïde, dont l'état s'aggrava de plus en plus et finit par donner lieu à des symptômes aigus d'empoisonnement septique.

Au moment où elle fut soumise à mon observation, l'enfant était déjà fort émaciée, en proie à une fièvre continue et privée d'appétit. L'examen révéla l'absence de la membrane du tympan, la sécrétion d'un pus de très mauvaise nature, des granulations dans la caisse du tympan; il y avait en outre du gonflement, de la rougeur et de la chaleur au niveau de l'apophyse mastoïde.

Ces symptômes fournirent la présomption, sinon la certitude, que l'affection avait pour cause l'existence d'un foyer de pus fétide au milieu des cellules mastoïdiennes.

Conformément à cette manière d'envisager le cas, à l'aide d'un foret, on traversa l'apophyse mastoïde de manière à pénétrer dans la caisse. Une cuiller fenêtrée à cataracte fut introduite dans cette cavité, l'ouverture tournée dans la direction de la ligne suivie par le foret. On retira celui-ci et on fit passer, suivant son trajet, un fil de plomb flexible jusqu'à la fenêtre de la cuiller, au moyen de laquelle on l'amena dans le conduit externe; puis avec une pince courbe, on l'attira au dehors et on l'appliqua contre la joue. Par l'ouverture cutanée de l'apophyse mastoïde on fit des injections avec des liquides antiseptiques qui s'échappaient par l'oreille externe. Mais ce procédé qui réussit ordinairement, ne produisit ici aucun effet.

C'est que le siège de la collection purulente était hors du trajet du fil métallique et le liquide qui suivait cette ligne n'arrivait pas dans le foyer.

Me rappelant alors les propriétés de l'eau oxygénée, il me parut que ce cas offrait une occasion pour mettre en évidence la supériorité de cet agent. J'injectai par l'ouverture cutanée plein ma seringue hypodermique d'eau oxygénée, en tenant

bouché, avec un doigt de l'autre main, le conduit externe. Puis je retirai la seringue tout en empêchant le liquide de s'échapper.

Bientôt l'oxygène mis en liberté produisit dans l'oreille une pression telle, que, forçant l'obstacle qui lui barrait le passage, le pus fit irruption par les ouvertures en flots bouillonnants d'une écume jaunâtre. Le siège du mal avait donc été atteint.

En répétant les injections, le gaz se dégageait tant qu'il restait du pus, et quand ce dégagement gazeux cessait, cela indiquait que le pus était complètement évacué.

Les symptômes constitutionnels s'amendèrent rapidement, et la guérison définitive fut obtenue sans autre traitement que des applications d'acide borique en poudre fine, insufflée dans l'oreille avec un tuyau de plume, puis tassé. Ces applications étaient alternées avec celles d'alcool très fort pour affermir la muqueuse et obtenir la régression des granulations.

CH. B.

---

### Action physiologique de la cocaïne.

Le Dr Biggs, de New-York, vient de publier, dans le *Journal of the American Medical Association*, un intéressant article sur les effets physiologiques de la cocaïne, qu'il a observés dans une série de recherches expérimentales, exécutées dans le laboratoire physiologique de Berlin.

Vingt et une expériences sont décrites minutieusement par l'auteur, qui termine son travail en résumant de la manière suivante l'action de la cocaïne sur les grenouilles :

La cocaïne exerce localement une action anesthésique énergique sur la peau et les muqueuses. Elle produit ordinairement de la mydriase.

Elle agit sur le cœur, en diminuant la force et la fréquence de ses battements, et en l'arrêtant finalement en diastole (les ventricules sont paralysés d'abord, puis les oreillettes).

A petite dose, la cocaïne augmente d'abord le nombre des mouvements respiratoires, pour les diminuer ensuite. La

fortes doses ralentissent rapidement la respiration et produisent la mort par asphyxie paralytique.

La cocaïne, prise en petite quantité, exagère d'abord l'action réflexe de la moelle épinière, puis elle l'affaiblit considérablement; par des doses élevées, l'action réflexe est déprimée d'emblée.

L'irritabilité des nerfs sensoriels est d'abord légèrement augmentée, puis diminuée par de petites quantités de cocaïne; la diminution est produite d'emblée, lorsque des quantités plus grandes de la solution sont ingérées.

Les fortes doses aussi bien que les faibles (pas les très faibles) exercent une action déprimante sur les nerfs moteurs.

La cocaïne paralyse les nerfs pneumogastriques. A doses modérées, elle diminue l'excitabilité des muscles striés.

Appliquée sur un organe ou un tissu important, la cocaïne en suspend momentanément l'activité fonctionnelle. Le mode d'action topique et constitutionnelle de la cocaïne semble indiquer que ses effets généraux sont dus aussi à une action locale sur les divers organes qu'elle influence par l'intermédiaire du sang qui s'y distribue.

La cocaïne paraît devoir être utile contre le tétanos et dans l'empoisonnement par la strychnine. D<sup>r</sup> CH. B.

---

### **Les effets de la cocaïne dans les opérations sur la membrane du tympan, par le D<sup>r</sup> KIRCHNER, professeur d'otologie.**

L'auteur a fait des expériences sur ce sujet à la clinique otologique de l'Université de Berlin. Il en a publié les résultats dans le *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, n° 4, 1885, d'après lequel nous les reproduisons.

Il s'est servi d'abord d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 et 5 0/0 pour la paracentèse de la membrane du tympan, non enflammée, et modérément épaissie; le degré de concentration s'étant trouvé insuffisant pour produire

l'insensibilité locale, l'auteur eut recours à une solution de 10 et plus tard de 20 0/0.

L'oreille fut d'abord débarrassée du cérumen et des débris épidermiques, et séchée ; après quoi, à l'aide d'un pinceau mou ou d'un petit tampon d'ouate, on porta la solution de cocaïne sur la membrane du tympan. Il est utile de faire au moins cinq ou six badigeonnages, afin qu'une quantité suffisante du liquide, cinq ou six gouttes au moins, puisse rester en contact avec la membrane pendant assez longtemps.

Il a aussi, dans le même but, introduit dans l'oreille, jusque sur la membrane, de petits bourdonnets d'ouate trempés dans la solution, et les y a laissés pendant quelque temps. Afin d'éviter une sensation trop désagréable de froid dans l'oreille, il est préférable d'appliquer la solution légèrement chauffée. Ce ne fut qu'après dix ou quinze minutes de contact du liquide avec la membrane, que fut exécutée l'opération.

Avec une solution de 10 0/0, il a, dans l'otite moyenne suppurée aiguë, obtenu, sinon l'anesthésie absolue, du moins une diminution de la sensibilité telle que la paracentèse, qui, dans ces circonstances, est extrêmement douloureuse, fut subie presque sans douleur.

Il n'y eut pas non plus de douleur immédiatement après l'incision, tandis que dans le procédé ordinaire, exécuté sans le secours d'un anesthésique, une douleur des plus violentes persiste encore pendant quinze à vingt minutes après l'opération.

Lorsque la membrane est épaissie et contractée, avec immobilité du manche du marteau et ankylose du marteau lui-même, on constate qu'en employant une solution de cocaïne à 10 0/0, la paracentèse simple, l'incision du pli antérieur et du pli postérieur du tympan, la ténotomie de son muscle tenseur et même la section du manche du marteau au niveau de la courte apophyse, peuvent être pratiquées, chez certains individus, sans presque provoquer de douleur ; le malade, sans qu'il fût besoin de lui fixer trop fortement la tête, se tint parfaitement tranquille.

D'autres malades cependant, dont quelques-uns étaient des personnes robustes, accusèrent de vives douleurs, et à cause

des mouvements de la tête, il fut à peine possible de pratiquer une simple paracentèse.

A quoi attribuer ce phénomène? C'est ce que de nouvelles et plus nombreuses expériences ne tarderont sans doute pas à nous expliquer.

En attendant, nous sommes prévenus que, pour les opérations sur la membrane du tympan, il faut faire usage de solutions à 20 0/0 au moins. Malheureusement, dans ces dernières semaines, le prix de la préparation a si énormément haussé qu'il est devenu très difficile de se la procurer. Si avec le temps elle pouvait s'obtenir plus facilement et devenir plus accessible, elle rendrait des services considérables à tous les médecins, et particulièrement aux spécialistes pour les maladies d'oreilles.

Lorsqu'en même temps que la membrane du tympan est fortement hypertrophiée, il existe une inflammation interne de la muqueuse de la caisse, avec suppuration abondante, il est nécessaire de donner issue au pus en incisant largement la membrane du tympan, afin de prévenir le danger de voir l'inflammation se propager à l'encéphale. En raison du peu de temps qu'exige cette opération, le médecin ne se décide pas volontiers à chloroformiser le malade, mais alors, à cause de la grande sensibilité des parties profondes de l'oreille, il peut arriver, par suite d'un mouvement de la tête du malade, — que souvent on ne peut éviter malgré le plus grand soin que l'on prend pour la fixer, — que la membrane ne soit pas incisée suffisamment, ou même que l'opérateur n'atteigne que la paroi inférieure et antérieure de la partie osseuse du canal. Un bon anesthésique local, comme la solution de cocaïne à 20 0/0, obvierait dans ces cas à de nombreuses difficultés.

Enfin, dans certaines opérations, qui concernent davantage le spécialiste, telles par exemple que la section du manche du marteau, et que l'année dernière l'auteur a exécutées sans la narcose chloroformique, la cocaïne à 10 et 20 0/0 peut encore rendre de grands services. Grâce à l'introduction de cet anesthésique local, qui peut ici remplacer le chloroforme, les opérations sur la membrane du tympan et les

osselets, dont l'importance thérapeutique est si grande, pourront désormais être exécutées plus fréquemment que par le passé.

D<sup>r</sup> CH. B.

### Laryngite hémorragique.

Dans la clinique de M. Schnitzler, à Vienne, il a été observé simultanément deux cas semblables de laryngite hémorragique.

L'un des malades était un homme qui souffrait d'une épistaxis profuse, et dont tout le corps était criblé d'ecchymoses arrivées aux phases les plus diverses; les dimensions de ces taches variaient depuis celles d'un grain de millet jusqu'à celle d'une lentille.

A l'aide du laryngoscope, on vit des exsudats sanguins, d'une coloration rouge plus ou moins foncée, occuper des points isolés de la muqueuse, au niveau des cartilages ary-ténoïdes, des plis aryépiglottiques et des cordes vocales; il en existait aussi un grand nombre sur la trachée.

La muqueuse des fosses nasales, qui était rouge mais peu gonflée, était également recouverte, par places, par du sang épanché, mais elle ne présentait ni érosions, ni solutions de continuité.

Le second malade était atteint d'une cirrhose au foie, d'une tuberculose pulmonaire et d'une pleurésie hémorragique. Dans ce cas, il y avait souvent, comme dans le précédent, d'abondants saignements de nez; l'image laryngoscopique était aussi semblable, c'est-à-dire que sur les deux cordes vocales, qui étaient relâchées, et par places privées de leur épithélium, il y avait des extravasations récentes de sang d'un rouge clair, qu'on apercevait sous l'épithélium. M. Réti qui rapporte ces observations (*Wiener med. Presse* 1884, n<sup>os</sup> 36 et 37), considère le premier cas comme une maladie de Werthof, tandis que le second ne serait qu'une hémophilie généralisée.

M. Schnitzler a en outre observé plusieurs cas où l'hémorragie des cordes vocales avait été causée par des efforts

de la voix. Le plus souvent cet accident arrive chez les chanteuses, qui sont obligées de soutenir longtemps des tons élevés, et qui perdent alors subitement leur voix.

D<sup>r</sup> CH. B.

---

**Tuberculose du voile du palais et du larynx**, par VOLTOLINI (*Breslauer arzth. Zeitschrift*, 1884, n<sup>os</sup> 7 et 8).

M. Voltolini a observé trois cas de tuberculose du pharynx, dans lesquels il existait toujours en même temps des lésions plus ou moins avancées dans le poumon ou dans le larynx. Dans le dernier de ces trois cas, il s'agissait d'une femme de 53 ans, dont le mari était mort de phthisie, il y avait onze ans, et chez laquelle on pouvait voir entre les deux piliers du voile du palais, à gauche, des ulcères rongeants qui avaient envahi la luette et qui semblaient comme déchiquetés par des souris. Relativement au diagnostic différentiel de ces ulcères, spécialement pour les distinguer des érosions syphilitiques, l'auteur attribue une importance toute particulière à la recherche des bacilles de la tuberculose dans les sécrétions. — Dans le cas en question, on trouva des « nids » de ces bacilles dans le pus retiré directement des ulcères.

L'importance des bacilles est tout aussi grande lorsqu'il s'agit d'ulcères du larynx. Dans ces cas, M. Voltolini, à l'aide d'une petite éponge, et se guidant avec le laryngoscope, essuie les ulcérations et examine le pus. M. Voltolini met en doute que les ulcères tuberculeux du larynx soient la conséquence d'une auto-infection par les crachats venant des bronches. S'il en était ainsi, la tuberculose du larynx serait beaucoup plus fréquente; car des traces de crachats peuvent s'arrêter longtemps dans le larynx. M. Voltolini s'en est assuré par l'expérience sur lui-même. Il avalait de l'encre et démontrait, avec le laryngoscope, que, une heure après, des particules noires étaient encore visibles entre la langue et l'épiglotte, ainsi qu'à l'entrée du larynx, c'est-à-dire sur la face postérieure de l'épiglotte, sur les aryénoïdes et dans



leur intervalle. Du reste, pour M. Voltolini, la tuberculose n'est pas contagieuse, et le bacille spécifique n'est pas la cause de la diathèse, mais un effet de celle-ci, qui lui crée un terrain favorable.

D<sup>r</sup> CH. B.

---

**Sur le renflement partiel de la membrane du tympan par un accroissement uniforme de la pression de l'air,**  
par le D<sup>r</sup> W. KIESSELBACH, à Erlangen.

La principale utilité du speculum de Siegle consiste en ce qu'il peut nous renseigner sur la mobilité de la membrane du tympan et du marteau (par suite aussi sur celle de la chaîne des osselets). A l'aide de cet instrument on peut reconnaître une perforation de la membrane, dans des cas où l'observateur le plus exercé pourrait difficilement en constater l'existence.

Les phénomènes que présente la membrane du tympan quand une pression uniforme est exercée sur elle, sont pour la plupart généralement connus.

Si la membrane est rigide et tendue, et le marteau peu mobile, il y aura peu de changement dans la situation de la membrane. Si la membrane est relâchée et le marteau peu mobile, une augmentation uniforme de la pression de l'air aura pour effet de déprimer la membrane autour du manche du marteau.

Dans les deux cas, s'il existe des points faibles ou amincis, des portions atrophiquées ou des cicatrices, la dépression sera à leur niveau plus prononcée que dans le reste de la membrane.

Il en est tout autrement lorsque la membrane et le marteau possèdent leur mobilité normale. On sait que, dans ce cas, la pointe du manche fait une excursion étendue en arrière, en haut et en dedans.

Les conditions sont donc ici les mêmes que lorsqu'une pression est exercée sur un point limité d'une membrane faiblement tendue sur un vase clos de toutes parts : la partie qui supporte la pression s'enfonce, tandis que le reste

de la membrane est soulevé. Dans l'oreille, la pression partielle est produite par le mouvement du manche du marteau ou plutôt par sa partie voisine de la pointe, puisque c'est elle dont le mouvement est le plus étendu. Il en résulte que le reste de la membrane du tympan est repoussé au dehors. Ce renflement, on le comprend, sera beaucoup plus prononcé sur les portions atrophiées et sur les cicatrices, en raison de leur relief sur la surface de la membrane.

D<sup>r</sup> CH. B.

---

**Sur la valeur pronostique des manifestations locales de la tuberculose du larynx, par SOLIS-COHEN (*Med. News*, 1884, Aug. 23).**

Les manifestations extérieures si diverses de la tuberculose du larynx peuvent-elles être différenciées au point de vue du pronostic ? A cette question, M. Solis-Cohen répond affirmativement.

Il distingue deux catégories de maladies tuberculeuses du larynx. Celles de la première accompagnent une affection du poumon qui le plus souvent marche rapidement à la caséification ; elles sont caractérisées également par leur courte durée. Dans ces cas, bien qu'elle soit secondaire, l'affection du larynx peut se manifester plusieurs semaines avant que la lésion pulmonaire donne lieu aux signes physiques qui doivent révéler son existence.

La maladie du larynx débute alors par une forte hyperémie généralisée de la muqueuse laryngée, et celle-ci se couvre bientôt de petites ulcérations, qui gagnent de plus en plus en étendue et en profondeur et se remplissent d'une matière purulente.

Lorsque ces ulcérations occupent exclusivement l'épiglotte, elles permettent de présager une durée très courte de la maladie ; elles ont une signification contraire quand elles siègent dans l'intérieur du larynx. Le pronostic dépend aussi de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle les ulcérations se propagent. La durée de la maladie varie

généralement, dans ces cas, de 6 à 8 mois, en comptant à partir du moment de l'apparition des symptômes laryngés.

Dans les affections de la seconde catégorie, qui peuvent se prolonger pendant 2 à 4 années et plus, et qui le plus fréquemment coexistent avec des maladies pulmonaires à marche insidieuse, la première modification que présente le larynx est une pâleur excessive.

Longtemps après, et sans que des pertes de substance puissent être observées, on voit les bords des replis ary-épiglottiques, les cordes vocales supérieures et inférieures, et l'espace inter aryténoïdien, s'infiltrer, s'épaissir et perdre la netteté si remarquable de leurs contours. L'épiglotte participe quelquefois à ce gonflement qui peut même prendre des proportions telles que l'intérieur du larynx devient inaccessible au regard. Des ulcérations peu étendues peuvent exister dans ces cas ; elles restent longtemps stationnaires, quelquefois elles se cicatrisent.

D<sup>r</sup> CH. B.

---

**Troisième Congrès national des instituteurs de sourds-muets, sous le patronage de M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.**  
— *Comité d'organisation.*

Paris, le 21 février 1885.

M

Nous avons l'honneur de vous informer que le troisième Congrès national des instituteurs de sourds-muets s'ouvrira à Paris, le 4 août 1885, à 9 heures du matin.

Il se tiendra sous le haut patronage de M. le ministre de l'intérieur.

La session durera jusqu'au 6 août inclusivement.

Il y aura deux séances par jour.

Le Congrès se réunira à l'Institution nationale des sourds-muets, 254, rue Saint-Jacques.

Le programme des questions qui seront l'objet des délibérations de l'assemblée a été définitivement arrêté ainsi qu'il suit :

1. — Des moyens à mettre en œuvre pour arriver à l'unité de méthode.

2. — De l'instruction et de l'éducation des sourds-muets arriérés.

3. — Des moyens d'empêcher les communications par signes au début de l'enseignement, indépendamment de la séparation des élèves instruits par la parole d'avec les élèves plus anciens qui auraient été instruits par la mimique.

4. — De l'utilité que pourrait avoir pour des élèves un peu plus avancés la mise en communication avec des enfants parlants.

5. — Quelles sont, par ordre de préférence, les professions manuelles qui offrent le plus d'avantages aux sourds-muets se trouvant dans des conditions ordinaires sous le rapport de l'intelligence et des forces physiques? — Quelles sont celles de ces professions qui conviennent le mieux aux sourds-muets dont l'intelligence est peu développée, mais qui jouissent d'une bonne santé? — Quelles sont enfin celles qu'il convient de faire apprendre aux sourds-muets d'une faible intelligence et d'une santé débile?

Une des séances sera consacrée à des exercices pratiques dont le programme sera arrêté par le Congrès.

Les auteurs de mémoires rédigés en réponse aux questions ci-dessus sont priés de les adresser, avant le 15 juillet, à M. BÉLANGER, un des secrétaires du Comité, 254, rue Saint-Jacques.

Après la discussion des questions du programme, tout membre du Congrès pourra en soumettre d'autres à l'assemblée. Il lui suffira d'en déposer le texte, dans l'avant-dernière séance, entre les mains du président, qui consultera la réunion sur l'opportunité de les mettre en délibération.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire du règlement des Congrès nationaux français.

D'après ce règlement (art. 4 à 6), le Congrès se compose de membres *effectifs* et de membres *honoraires*. Afin de pouvoir appliquer cette disposition et pour éviter toute confusion dans les opérations des scrutins, il sera déposé, chez le trésorier du Comité, deux listes comprenant les noms des

adhérents au Congrès. Chaque membre est invité à y inscrire son adresse à Paris avant l'ouverture de la première séance. Les instituteurs et institutrices voudront bien indiquer en outre, comme renseignement statistique, l'établissement auquel ils sont attachés et le nombre total de sourds-muets composant la population de cet établissement.

Le règlement porte (art. 7, 8, 16) qu'il sera pourvu aux dépenses nécessitées par les Congrès au moyen de cotisations faites entre leurs membres ; que le minimum de la cotisation est fixé à dix francs ; enfin que le trésorier opère le recouvrement des cotisations.

Conformément à ces dispositions, nous vous prions de vouloir bien adresser le plus tôt possible votre adhésion comme membre du Congrès et le montant de votre cotisation à M. THOMAS, économe de l'Institution nationale des sourds-muets, *trésorier du Comité*, 254, rue Saint-Jacques. Il suffira, si vous le désirez, de faire connaître le montant de votre souscription, que vous acquitterez à votre arrivée à Paris ou contre un reçu qui vous serait présenté à une époque fixée par vous.

L'article 6 du règlement, qui prescrit la formation d'un Comité local par voie de délégation du Comité central, n'a pas prévu le cas où le Congrès serait appelé à se réunir dans la ville où siège déjà le Comité central.

Le Comité élu par le Congrès de Bordeaux a dû chercher à combler cette lacune. Il a pensé que l'existence à Paris de deux Comités ne répondait pas aux besoins dont avaient dû s'inspirer les rédacteurs du règlement, et il s'est borné, pour éviter cette superfétation tout en restant dans l'esprit de l'article 6, à se renforcer de quelques membres ayant mission de partager ses travaux et de concourir à l'organisation du Congrès.

A la suite de ces adjonctions le Comité se trouve ainsi composé :

*Président* : M. A. Franck, membre de l'Institut.

*Vice-Présidents* : MM. le chanoine Bourse, directeur de l'Institution des sourds-muets de Saint-Médard-lès-Soissons ;

— Claveau, inspecteur général des établissements de bienfaisance.

*Secrétaires* : MM. Théophile Denis, sous-chef de bureau au ministère de l'intérieur ; — Ad. Bélanger, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

*Trésorier* : M. Thomas, économiste de l'Institution nationale.

MM. G. Huriot, directeur de l'Institution nationale des sourdes-muettes de Bordeaux ; — le Dr Peyron, directeur de l'Administration générale de l'assistance publique ; — Javal, directeur de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris ; — le Dr Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'Institution nationale ; — Grosselin, chef du service sténographique à la Chambre des députés ; — Dubranle, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris ; — Dupont, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

Le Comité fera en temps opportun les démarches nécessaires pour obtenir des Compagnies de chemins de fer des réductions de prix en faveur des membres du Congrès. Les billets à prix réduits étant nominatifs, vous voudrez bien, si vous désirez en bénéficier, adresser votre demande, avant le 1<sup>er</sup> juillet, au trésorier du Comité.

Nous espérons, M. , que votre concours ne nous fera pas défaut, pour assurer au Congrès de 1885 un succès que nous demanderons, avec vous, à des débats utiles, à des études sérieuses et à des résultats pratiques.

Pour le Comité d'organisation,

*L'un des Secrétaires,*

THÉOPHILE DENIS.

*Le Président,*

AD. FRANCK, membre de l'Institut.

*Le Gérant* : G. MASSON.

## DICTIONNAIRE USUEL DES SCIENCES MÉDICALES

Par MM. A. Dechambre, Mathias Duval et L. Lereboullet

(Extrait de la Préface.)

Rédigé en vue de rendre plus accessible, en le présentant sous forme alphabétique, le résumé de toutes les connaissances nécessaires au médecin, le *Dictionnaire usuel des sciences médicales* est un livre nouveau qui diffère de ceux qui l'ont précédé par son plan, par la méthode qui a présidé à la rédaction des articles qu'il renferme, par l'étendue donnée à certains genres d'articles. La plupart des anciens dictionnaires abrégés de médecine et de chirurgie étaient surtout des lexiques. Ils contenaient un très grand nombre de mots que l'on retrouve dans tous les dictionnaires de la langue française; mais ils se bornaient à donner des termes de la nomenclature médicale une définition plus ou moins précise, plus ou moins détaillée. On ne saurait y trouver que très exceptionnellement, à propos de chaque organe, une description suffisante des lésions ou des maladies dont celui-ci est atteint; à propos de chaque maladie, l'exposé de tout ce qu'il est essentiel de connaître aux points de vue de l'étiologie, de la séméiologie, du diagnostic et de la thérapeutique. Nous nous sommes efforcés, au contraire, de résumer dans ce dictionnaire ce qu'on cherche le plus souvent dans les traités ou les manuels de pathologie générale ou spéciale. C'est ce qui explique l'étendue de nombre d'articles de *médecine* et de *chirurgie* ou encore d'*obstétrique*, d'*ophtalmologie*, d'*otologie*, de *laryngologie*, etc.

Écrivant à une époque où chacun se préoccupe davantage de tout ce qui touche aux études de biologie et de médecine, nous avons donné tous les développements nécessaires non seulement à ces questions de pathologie et de clinique, mais encore aux articles de *psychologie*, de *physiologie* et de *pathologie générales*, de *jurisprudence médicale*, de *médecine légale*, d'*hygiène*, d'*anthropologie* et d'*ethnologie*, de *météorologie*, de *climatologie*, de *déontologie médicale*, etc.

Afin d'offrir aux médecins qui en ont oublié les éléments, et à tous ceux qui s'occupent des questions scientifiques, ou encore aux étudiants qui préparent leurs examens un exposé complet des sciences trop souvent encore appelées accessoires à la médecine, nous avons consacré un très grand nombre d'articles aux sciences physiques, chimiques et naturelles.

Enfin, et c'est encore là une innovation que nous croyons utile, on pourra trouver dans ce dictionnaire l'indication, plus complète qu'en aucun autre ouvrage, même spécial, des *eaux minérales* et des stations thermales ou maritimes de la France et de l'étranger.

(Un très fort volume grand in-8° imprimé sur deux colonnes, avec 400 figures dans le texte : 25 fr.; relié demi-maroquin, 30 fr.)

---

# PASTILLES HOUDÉ

## AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie locale et toute facultative qu'elles produisent, nos **pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les *maladies de la gorge*, dans les *enrouements*, les *extinctions de la voix*, dans l'*aphonie* et dans toutes les *inflammations du larynx*.

Elles contribuent à faire disparaître les *picotements*, *chatouillements* et *sentiments d'irritation*, et à *tonifier les cordes vocales* qui, un instant soustraites à leur travail de tension, se reposent pour acquérir de nouvelles forces.

Nos pastilles, préparées avec un soin tout spécial, à des doses rigoureusement titrées, renferment exactement un milligramme de chlorhydrate de cocaïne. — Mode d'emploi : de 6 à 12 par jour, suivant l'âge; il suffit de les laisser fondre dans la bouche et de les prendre consécutivement.

**PRIX DE LA BOITE : 3 francs.**

---

## ÉLIXIR HOUDÉ, AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Prescrit avec succès dans le cas de *gastrites*, de *gastralgies*, de *dyspepsies* et toutes les fois qu'on se trouve en présence de *vomissements* et de *troubles digestifs*.

Chaque cuillerée de 20 grammes renferme 2 milligrammes de principe actif.

**PRIX DU FLACON : 5 francs.**

---

## SOLUTIONS TITRÉES DE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

*Rigoureusement dosées suivant les prescriptions des médecins.*

DEPÔT GÉNÉRAL A LA PHARMACIE VÉE-DUQUESNEL, 42, rue du Faubourg-Saint-Denis (Paris) et dans toutes les pharmacies.



les  
milia-  
me-  
ions  
nfi-  
s à  
ent  
ode  
la

et  
es-

NE